

Antti Kauhanen – Annu Kotiranta – Martti Kulvik – Jukka Lassila –  
Sirpa Maijanen – Marja Tähtinen – Tarmo Valkonen

# Sote – enemmän, paremmin ja halvemmalla?

Maaliskuu 2016

Valtioneuvoston selvitys-  
ja tutkimustoiminnan  
julkaisusarja 15/2016

ISSN PDF 2342-6799

ISBN PDF 978-952-287-248-7

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2014 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa ([www.vn.fi/TEAS](http://www.vn.fi/TEAS)).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö edusta valtioneuvoston näkemystä.



# Esipuhe

Tämä tutkimus aloitettiin vuoden 2015 alussa, ja silloin käsitys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta oli monilta osin erilainen. Vuoden 2014 lopun hallituksen esityksessä viisi sote-aluetta olisi vastannut palvelujen järjestämisestä ja kuntayhtymät tai vastuukunnat olisivat vastanneet tuotannosta. Kunnat olisivat rahoittaneet menot.

Tätä kirjoitettaessa on voimassa päätös, jonka mukaan aluehallinto rakentuu 18 maakunnan ja 15 sote-alueen varaan. Lisäksi rakenteeseen kuuluu 12 laajennetun päivystyksen sairaalaa ja 5 erva-alueita. Sote-alueet vastaavat järjestämisestä ja tuottamisesta ja valtio rahoituksesta joko yksin tai yhdessä sote-alueiden kanssa. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen laajentuminen alueuudistukseksi on tuonut mukanaan uusia tavoitteita ja rajoitteita. Rakenteen perustuslaillisuudesta ja poliittisesta hyväksyttävyydestä on edelleen epäselvyyttä. Tässä tutkimuksessa rajaudutaan nykytilanteen ja sote-uudistuksen tavoitteiden ja keinojen analysointiin ottamatta kantaa palvelujen järjestämisen yksityiskohtiin.

Tutkimus on toteutettu valtioneuvoston päätöksentekoa tukevan selvitys- ja tutkimustoiminnan määrärahojen turvin. Kiitämme tutkimuksen ohjausryhmää kommenteista, sekä niitä nimeämättömiä ammattilaisia, jotka osallistuivat kyselyn ja raportin valmisteluun. Kiitämme myös sote-ammattilaisille suunnattuun kyselyyn vastanneita ja yksiköiden johtajia tuesta kyselyn toteuttamiseksi. Korkea vastausprosentti laajaan kyselyyn osoitti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kentän vahvan sitoutumisen ja halun olla mukana vaikuttamassa sote-uudistuksen onnistuneeseen toteutukseen.

Antti Kauhanen, Annu Kotiranta, Martti Kulvik, Jukka Lassila,  
Sirpa Maijanen, Marja Tähtinen ja Tarmo Valkonen

*Elinkeinoelämän tutkimuslaitos*



# Sisällys

<b>Esipuhe</b>	<b>3</b>
<b>Sisällys</b>	<b>5</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>7</b>
<b>2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet ja keinot</b>	<b>9</b>
2.1 Julkisen talouden kestävyys	9
2.2 Alueiden budjettien tasapainosäännöt ja vastuu rahoituksesta	10
2.3 Rahoituksen yksityiskohtia	11
2.4 Kustannukset	11
2.5 Terveystarpeiden kaventaminen ja palvelujen saatavuus	13
2.6 Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen ja kunnat	15
Kirjallisuutta	16
<b>3 Ohjaus- ja kannustinjärjestelmät ja sote</b>	<b>17</b>
3.1 Mihin suorituksenarviointia ja kannustimia tarvitaan?	17
3.2 Suoritusarvioinnin haasteet	18
3.3 Kannustimet terveydenhuollossa	19
3.4 Kilpailu kannustimena	21
3.5 Yhteenveto	22
Kirjallisuutta	23
<b>4 Sote-kyselyn tulosten esittely</b>	<b>25</b>
4.1 Johdanto	25
4.1.1 Kyselyn motiivi	25
4.1.2 Kysymyksillä on suora yhteys hallitusohjelmaan	26
4.1.3 Otannan keskeisin tavoite alueellinen edustavuus	30
4.1.4 Vahvin viesti: sote-ammattilaisilla on asiaa	32
4.2 Tulokset	34
4.2.1 Laatu	34
4.2.2 Terveystarpeiden ja hyvinvoinnin edistäminen	40
4.2.3 Kustannusten hallinta	45
4.2.4 Tuloksellisen toiminnan edellytykset	58
4.2.5 Mielipiteitä soteesta	66

4.3	The Tuscan Healthcare system: characteristics and evolution with an Italian-Finnish perspective	71
4.3.1	Background	71
4.3.2	Past developments: centralization of support functions and simplification of government	72
4.3.3	Further centralization	74
4.4	Yhteenveto	74
4.4.1	Terveisiä hallitukselle	74
4.4.2	Yhteenveto suosituksista	76
	Kirjallisuutta	78



# 1 Johdanto

Tämän tutkimuksen tavoitteena on analysoida sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteita ja keinoja eri näkökulmista. Lähtökohdaksi otettiin irtautuminen moneen kertaan muuttuneista yksityiskohdista. Tietoa on hankittu kansainvälisestä ja kotimaisesta tutkimuskirjallisuudesta, kansainvälisellä yhteistyöllä, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajille tehdyllä laajalla kyselyllä ja kuntien lausuntoja analysoimalla.

Tutkimus jakaantuu neljään itsenäiseen osaan. Toisessa luvussa pohditaan uudistuksen tavoitteita, rajoitteita ja keinoja makrotasolla nojautuen lähinnä tutkimuskirjallisuuteen ja valmistelun taustamusiikkiin. Lisäksi siinä kuvataan kuntien kaventunutta roolia niiden uudistukseen antamien lausuntojen avulla. Kolmennessä luvussa analysoidaan tutkimuskirjallisuuden perusteella uudistuksessa keskeisellä sijalla olevan kannustejärjestelmien rakentamisen vaikeuksia. Neljännessä osassa raportoidaan laajan tuottajakyselyn tuloksia ja pohditaan niiden merkitystä. Luku sisältää myös terveydenhuoltojärjestelmien kansainvälisen asiantuntijan professori Joel Shalowitzin näkemyksiä Suomen uudistuksesta ja kokemuksia Toscanan sote-palvelujen integraatiosta.

Makrotason tarkastelussa pääpaino on julkisen talouden kestävyuden palauttamisen keinoilla. Lisäksi kuvataan kestävyuden vuorovaikutusta muiden tavoitteiden, kuten laadun parantamisen ja terveyserojen kaventamisen kanssa. Kaikkien kolmen tavoitteen saavuttaminen edellyttää kustannusvaikuttavuuden merkittävää parantumista. Esitetyillä keinoilla, kuten palveluintegraatiolla, asiakkaan valinnalla, laajemmilla järjestämisalueilla ja rahoituksen uudistuksella on kuitenkin erisuuntaisia vaikutuksia eri tavoitteisiin ja niiden tehokkuudesta on vain rajallista näyttöä. Ristiriitaisille tavoitteille ei ole myöskään asetettu tärkeysjärjestystä.

Uudistuksesta onkin tulossa mittava kokeilu, jonka käytännön toteutuksessa vasta vähitellen selviää, missä tavoitteissa joustetaan ja millaisia muotoja eri keinot tulevat saamaan. On myös hyvin mahdollista, että alueelliset erot talous- ja väestökehityksessä pakottavat ennen pitkää suunniteltua suurempiin kokonaisuuksiin palvelujen järjestämisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden parantaminen edellyttää sitä, että järjestämisvastuullisilla alueilla eri toimijat toimivat yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Ilman uudenlaisia ohjaus- tai kannustinjärjestelmiä tavoitteiden saavuttaminen on epätodennäköistä. Tavoitteiden saavuttaminen riippuu pitkälti siitä, miten valtio onnistuu ohjaamaan itsehallintoalueita ja kuinka nämä puolestaan onnistuvat ohjaamaan palveluiden tuottajia.

Kaikki ohjausjärjestelmät käyttävät hyväkseen suorituksen arviointia tavalla tai toisella, on sitten kyse rahallisista kannustinjärjestelmistä, suoritustavoitteista tai kilpailusta. Ohjauksen toimivuus riippuu olennaisesti suorituksen arvioinnin onnistumisesta.

Suorituksen arviointia ja kannustinjärjestelmiä koskeva tutkimus on kiistatta osoittanut, että suoritussmittarit ja niihin liittyvät kannustimet ohjaavat toimintaa myös terveydenhuollossa. Ne ovat siis hyvin voimakas johtamisen väline. Niitä täytyy kuitenkin käyttää harkiten, sillä mittarit ja niille asetetut tavoitteet ohjaavat toimintaa mittareiden mittaamien asioiden suuntaan eikä välttämättä niihin asioihin, joita toivottaisiin saatavan aikaan. Huonot mittarit saattavat siis aiheuttaa merkittävää haittaa: ne johtavat vääristymiin ja aiheuttavat mittareiden manipulointia.

Sote-uudistuksen kannalta Ison-Britannian kokemukset tarjoavat paljon tärkeitä havaintoja. Siellä on kokeiltu laajasti erilaisia kannustimia, tavoitteita ja kilpailua. Taloudellisiin kannustimiin ja tavoitteisiin perustuvat ohjausjärjestelmät ovat usein aiheuttaneet ei-toivottuja vaikutuksia, mutta näyttöä on myös positiivisista vaikutuksista esimerkiksi laatuun. Ohjausjärjestelmistä kilpailu näyttää toimineen hyvin, kun kilpailua on lisätty asiakkaiden valinnanvapauden kautta samalla kun eri toimenpiteiden hinnat on säädelty (raha seuraa potilasta). Sairaaloiden välillä toteutettu kilpailu tilaajien sopimuksista puolestaan johti huonoon lopputulokseen pohjimmitaan huonojen suoritusmittareiden takia.

Sote-uudistuksen tavoitteiden osalta tutkimusta ohjaus- ja kannustinjärjestelmien vaikutuksista on olemassa lähinnä suoritteiden määrään ja laatuun liittyen; kustannuksiin tai terveyseroihin liittyvää tietoa on hyvin vähän. Sellaisen ohjaus- ja kannustinjärjestelmän luominen, joka ohjaisi eri toimijoita toimimaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi, on hyvin hankalaa johtuen tutkimustiedon hajanaisuudesta sekä suorituksen arviointiin liittyvistä haasteista.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö saivat kunnilta, kuntayhtymiltä, maakunnan liitoilta ja eräiltä muilta toimijoilta yhteensä 502 lausuntoa hallituksen 7.11.2015 tekemistä linjauksista itsehallintojaon perusteita, sote-uudistuksen toteuttamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistusta koskien. Valtaosa lausunnonantajista piti maakuntajakoa hyvänä pohjana itsehallintoalueille. Osa kuitenkin katsoi, että esitetty aluejako on epätasapainoinen, sekava ja demokratian kannalta ongelmallinen, ja että sosiaali- ja terveydenhuollon asianmukaiseksi järjestämiseksi itsehallintoalueita tulisi olla esitettyä vähemmän. Myös hallinnollisten ongelmien syntyä pelättiin. Joissakin vastauksissa ennakoitiin aluejaon nostavan kustannuksia, jolloin tavoitellut terveydenhuollon kustannussäästöt eivät toteudu.

Järjestäjien määrän vähenemistä nykyisestä pidettiin kuitenkin tarpeellisenä muutoksena. Osa vastaajista katsoi metropolialueen ja suurten kuntien tarvitsevan joustoa: jos palvelujen täydellisestä integraatiosta poiketaan kolmen itsehallintoalueen osalta, koska niillä ei ole riittäviä resursseja vastata tehtävistä, niin vastaavasti pitäisi olla mahdollisuus poiketa kaavamaisesta alueajosta myös silloin, jos itsehallintoalueesta on syntymässä epätarkoituksenmukaisen suuri alue.

Nykyisen hallituksen suunnitelmassa kunnat eivät enää ole sote-palvelujen järjestäjiä eivätkä tuottajia, toisin kuin edellisen hallituksen hahmotelmassa. On kuitenkin edelleen huomattava, että kunnassa tuotettavat palvelut eivät ole tärkeitä pelkästään palvelujen saatavuuden kannalta. Palveluja tuottava henkilöstö tuo myös verotuloja kunnalle, sekä suoraan että kerrannaisvaikutuksineen. Tämä verotulovaikutus pienentää kunnan halukkuutta siirtää tuotantoa muualle sote-alueen sisällä, vaikka siirtäminen olisikin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta kustannustehokasta ja järkevää. Vaikka kunnat eivät ole sote-alueiden päätöksenteon osapuolia, on luultavaa, että aluetason päättäjistä merkittävä osa on mukana myös jonkin kunnan päätöksenteossa.

Osana tutkimusta teimme kyselyn sote-alan ammattilaisille. Sen tavoitteena oli tuoda esiin nykyiseen palvelujen järjestämistapaan liittyviä ongelmia ja vahvuuksia ja verrata niitä odotettavissa olevaan sote-uudistuksen jälkeiseen tilanteeseen. Kyselyä koostaessamme hyödynsimme terveydenhuoltojärjestelmiin kansainvälisesti perehtyneen professori Joel Shalowitzin malleja, joilla kuvataan järjestelmien eri osa-alueiden keskinäisiä kytköksiä. Professori Shalowitz kommentoi tässä osuudessa sote-uudistusta oman kokemuksensa ja tietämyksensä valossa.

Kyselyyn vastasi yli 2 500 sosiaali-, terveys- ja tukipalveluiden ammattilaista eri puolilta Suomea ja eri sektoreilta. Sote-uudistukselle on vastaajien näkemyksen mukaan tarvetta, ja kyse on yhteisestä asiasta, joka ulottuu syvemmälle kuin vain hallinnollisiin rakenteisiin.

Palveluketjujen, moniammatillisuuden ja yksiköiden välisen yhteistyön kehittäminen nähtiin merkittäväksi osaksi sote-uudistusta. Sen arveltiin vahvistavan sote-järjestelmän vaikuttavuutta ja lisäävän terveyttä ja hyvinvointia. Nimenomaan asiakaslähtöisten palveluketjujen kehittämisen ja yhteisten hankintojen arveltiin tukevan sote-uudistuksen taloudellisia päämääriä. Integraatiossa vertailukohtana oli Italian Toscana, josta tässä raportissa kertoo professori Giuseppe Turchetti. Kolmen ja puolen miljoonan asukkaan Toscanalla on kymmenen vuoden kokemus sote-integraation läpiviemisestä. Suurin hyöty Toscanan seudun integraatiosta on saatu yhteishankintojen muodossa.

Valinnanvapauden ja siitä seuraavan kilpailun on arveltu tehostavan julkisten palveluiden tuottavuutta. Vastauksissa korostui kuitenkin pyrkimys julkisen ja muiden sektoreiden väliseen yhteistoiminnalliseen rinnakkaiseloon; yksityistä ja julkista sektoria ei tule asettaa korostetusti vastakkain.

Sote-uudistusta ei nähty pelkästään myönteisessä valossa. Hallinnollisen uudistuksen pelättiin peittävän alleen sen tärkeimmän: asiakkaiden tarpeiden. Vastauksissa toivottiin, että hyvin toimivia nykyisen sote-järjestelmän osia ei hukattaisi uudistuksen pyörteissä.

Sote-uudistus on lähellä alan työntekijöiden sydäntä, vastauksista henki yhteisen tekemisen tahto. Alan ammattilaisille on tärkeää, että he saavat ajantasaista ja oikeaa tietoa uudistuksen etenemisestä ja että päätöksiä saadaan tehtyä. Nämä toiveet ovat kohtuullisia, sillä sote-alan ammattilaiset tulevat tekemään muutokset käytännössä.



**Tarmo Valkonen, Jukka Lassila**

*Elinkeinoelämän tutkimuslaitos*

## 2 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet ja keinot

Uudistuksen kunnianhimoiset tavoitteet ovat osittain toisiaan tukevat, osittain ristiriitaiset, samoin kuin niiden saavuttamiseksi esitetyt keinot. Seuraavassa pyritään täsmentämään tavoitteita ja pohditaan niiden saavuttamisen mahdollisuuksia<sup>1</sup>. Esitettyjä tavoitteita ovat muun muassa terveyserojen kaventaminen, laadun parantaminen ja julkisen talouden kestävyys. Parempi laatu ja saatavuus ovat ristiriidassa säästötavoitteiden kanssa, jollei kustannusvaikuttavuus parane riittävästi. Tämän mahdollisen ristiriidan elementtejä, kuten tavoitteiden asettamista tärkeysjärjestykseen, ei ole uudistuksen valmistelussa käsitelty riittävästi.

### 2.1 Julkisen talouden kestävyys

Tarve sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousun hillintään on lähtöisin sekä kotimaisista tekijöistä että ulkomaisista sitoumuksista. Kotimaisista tekijöistä tärkein on kestävyysvaje. Väestön ikääntyminen kasvattaa hoiva- ja hoitomenoja ja aiheuttaa painetta jo ennestään korkean veroasteen nousuun. Kiristytävä verotus hidastaisi talouskasvua ja olisi sukupolvien välisen oikeudenmukaisuuden kannalta ongelmallinen. Julkisen talouden velkaantuminen lisäisi vähitellen lainanoton kustannuksia ja vähentäisi siten politiikan pelivaraa tulevissa taantumissa. Parantamalla kustannusvaikuttavuutta saataisiin myös rajattua sote-palveluiden suurta työvoimatarpeen kasvua.

Suomi on sitoutunut talous- ja rahaliiton jäsenenä siihen, että julkisen talouden alijäämä on korkeintaan 3 prosenttia BKT:sta ja julkinen velka 60 % BKT:sta. Lisäksi rakenteellinen alijäämä saa olla korkeintaan 0,5 % suhteessa BKT:hen. Keskipitkän aikavälin tavoitteissa määritellään vaadittu sopeutuminen kohti tätä tavoitetta, jos se ylittyy. Samalla julkisten menojen kasvulle asetetaan tiukempia rajoitteita. Alijäämän suuruuden hyväksyttävyyttä arvioitaessa otetaan huomioon tulevat väestön ikääntymisen kustannukset. Jos ne ovat suuret, kriteerin tulkinta on tiukempi. Rajojen ylittyessä on tehtävä komission hyväksymät suunnitelmat siitä, millä toimenpiteillä ja aikataululla rajat taas saavutetaan. Suomi ylittää parhaillaan velkarajan ja rakenteellisen alijäämän rajan ja komissio pitää keskipitkän aikavälin kestävyysriskiä suurena ja pitkän aikavälin riskiä keskisuurena (Komissio, 2016). Siksi on tärkeää, että hallituksen suunnittelemaa toimia pidetään riittävinä kestävyystavoitteiden saavuttamiseksi.

Sote-uudistuksen sanotaan olevan yksi keskeisistä keinoista kestävyysvajeen poistamiseksi. On kuitenkin todennäköistä, että sen toteuttamiseen liittyvät hallinnolliset ja ICT-kustannukset ja palkkojen ja palveluiden harmonisointi korkeamman normin mukaisiksi tulevat pikemminkin heikentämään kuin parantamaan julkisen talouden tasapainoa lähivuosina (Moisio, 2015). Tämän vuoksi on hyvä, että rakenteellisiin uudistuksiin liittyvät siirtymäkustannukset on erikseen mainittu tekijänä, jonka vuoksi

<sup>1</sup> Tämä luku perustuu suurelta osin ETLAn muistioon Kauhanen ja Valkonen (2015).

vakaus- ja kasvusopimuksen rajat voidaan väliaikaisesti ylittää. Toisaalta siirtymävaiheen pehmeä budjettirajoite saattaa heikentää valtion neuvotteluasemaa suhteessa alueisiin tai työntekijäryhmiin.

Julkisen talouden suunnitelma sisältää rakenteellista rahoitusasemaa koskevan keskipitkän aikavälin tavoitteen erikseen kullekin julkisen talouden osa-alueelle, kuten kuntataloudelle. Lisäksi sote-menoille ollaan suunnittelemassa erillistä budjettikehystä.

## 2.2 Alueiden budjettien tasapainosäännöt ja vastuu rahoituksesta

Tasapainosääntöjen valinta riippuu osittain siitä, millainen rahoitus itsehallintoalueilla on. Vaihtoehtoina ovat täysi valtion rahoitus ja valtion osittainen rahoitus, jossa aluevero toimii budjetin tasapainottavana rahoituslähteenä.

Täyden valtion rahoituksen tapauksessa on riskinä, että alueet pyrkivät maksimoimaan valtion rahoituksen etukäteen vetoamalla kustannusten nousuun ja jälkikäteen ylittämällä budjetin. Koska valtio vastaa palveluiden saatavuudesta, on rahoituksen oltava riittävää. Moraalikadon välttämiseksi kustannustarkistusten on perustuttava mittareihin, joihin alueet eivät voi suoraan vaikuttaa. Menojen sopeuttamista tuloihin ei voi edellyttää vuosittain menojen satunnaisuuden vuoksi. Itsehallintoalueille olisi laadittava esimerkiksi neljän vuoden jaksolla kehysbudjetti. Vuosittaisissa tarkistuksissa valtion edustajien kanssa todetaan, onko kehyksissä pysytty, ja päätetään tasapainottavista toiminnoista. Samalla tarkistettaisiin, onko tavoitteet tehokkuuden, saatavuuden ja laadun suhteen saavutettu ja julkistettaisiin tulokset. Itsehallinnon menettämisen pitäisi olla todellinen uhka. Valtion rahoitus varmistaisi parhaiten alueiden välisen tasa-arvon ja veroasteen nousun rajoittamisen.

Marginaalisella alueiden rahoituksella on mahdollista vastuuttaa paremmin alueita toiminnasta ja budjetin tasapainottamisesta. Samalla kuitenkin ongelmaksi tulee veroasteen nousun rajoittaminen. Siksi myös osittaisessa rahoituksessa on välttämätöntä laatia menoja rajoittava kehys ja valvoa sen noudattamista. Verokatto palauttaisi tasapainotusvastuun takaisin valtiolle. Valtion osuuden olisi perustuttava tarvemittareihin sekä olosuhteiden ja työnjaon perusteella maksettaviin lisiin. Silti valtion osuuteen kohdistuisi kustannusten tarkistusvaatimusten kautta kasvatuspaineita. Suuri alueiden rahoitusvastuu edellyttäisi mittavia tasaavia tulonsiirtoja valtiolta suurten meno- ja veropohjaerojen vuoksi, jolloin alueiden oma vastuu hämärtyisi. Pienellä alueiden rahoitusvastuulla ei välttämättä syntyisi riittävää poliittista painetta veroasteen rajoittamiseen, varsinkin jos veroaste-erojen perustelemiseen ei pakoteta.

Harkinnan arvoinen malli olisi sellainen, jossa lähtökohtaisesti veroprosenttiltaan kiinnitetty aluevero toimisi marginaalisena rahoituslähteenä. Ennakoimatonta menojen kasvua varten alue voisi ottaa lyhytaikaista velkaa, joka maksettaisiin pois veronkorotuksella. Muuten veronkorotukset edellyttäisivät näyttöä laadun ja saatavuuden parantamisesta keskimääräistä korkeammaksi. Alueen veroprosentti voisi myös laskea tavoiteprosentin alapuolelle tehokkaan toiminnan vuoksi.

Pysyvien sääntöjen ohella on ratkaistava, miten hallitaan siirtymäkauden kasvavat menot siten, että niiden suuruutta rajoitetaan ja ennen kaikkea estetään niiden muuttuminen pysyviksi. Jos alueellinen vero toimii marginaalisena rahoituslähteenä, alkutilanteessa on suuria alueellisia eroja sote-veroprosentissa. Kannustejärjestelmän olennaisena osana tulisi olla sen osoittaminen, mistä nämä erot johtuvat, ja suunnitelma tehokkuuseroista johtuvien veroaste-erojen poistamiseksi.

Tanskan tiukat fiskaaliset säännöt (Nielsen ja Rasmussen, 2012) ovat osoittautuneet tehokkaiksi rajaamaan budjetin ylityksiä. Kunnille ja alueille sovitaan neljäksi vuodeksi menokehykset ja niiden valtionapuja vähennetään seuraavana vuonna, jos menokatto ylittyy.

Fiskaaliset säännöt määrittävät muissa maissa yleisimmin alue- tai kuntatasolla tasapainovaatimuksen tai velkaantumisrajoitteen, joihin yhdistetään rajoitteita verotuksen kiristymiselle (Sutherland ym., 2006). Menorajoitteita varsinkin yksittäisille menolajeille vältetään sen vuoksi, että alueen automaalisella menojen suhteen halutaan varmistaa tehokas voimavarojen kohdentuminen.

Toisaalta menosäännöillä on monia toivottavia ominaisuuksia suhteessa muihin julkisen talouden kontrollimekanismeihin (Cordes, ym. 2015). Ne esimerkiksi pakottavat tekemään menoille prioriteettijärjestyksen. Lisäksi ne hillitsevät myös noususuhdanteessa menojen kasvua, toisin kuin esimerkiksi tasapainotusvaatimukset tai veroastekatot.

## 2.3 Rahoituksen yksityiskohtia

Riippumatta siitä, miten valtion ja alueiden rahoitusvastuu määritellään, on tehtävä päätös palvelujen rahoittamiseksi perittävän veron veropohjasta ja veroasteista. Nykyinen kuntien vastuulla oleva rahoitusosuus hoidetaan kunnallisverolla, joka on tuloihin perustuva veroprosenttiltaan kuntakohtainen vero. Verovähennysten vuoksi keskimääräinen veroaste nousee tulojen myötä, vaikka marginaaliveroprosentti pysyy samana. Verotuksen haitallinen kannustevaikutus marginaaliseen työmäärän lisäykseen säilyy siis tuloista riippumattomana, mutta vero nostaa sitä enemmän työmarkkinoille osallistumiskynnystä, mitä suuremmat ovat tulot työllisenä. Kuntien valtionosuuksien veropohjaa tai veroastetta ei voi määritellä korvamerkinnän puuttumisen vuoksi. Tärkeimmät valtion tulolähteet ovat kulutukseen liittyvät tasaverot ja progressiivinen tulovero.

Jos tavoitteena on säilyttää nykyisen sote-menojen rahoituksen verotuksen tehokkuus- ja tulonjako-ominaisuudet, niin ominaisuuksiltaan kunnallisveron tyyppinen sote-vero vastaisi tarkimmin nykyistä rahoitusrakennetta. Se sopisi erityisesti itsehallintoalueen veroksi, mutta on perusteltu myös silloin, jos valtiolle perustetaan oma sote-vero. Myös valtion tuloveroasteikkoa voidaan muokata niin, että se vastaa erillisen kunnallisveropohjaisen sote-veron perustamista, mutta lopputulos on monimutkaisempi.

Rahoituskeskusteluissa on ollut esillä myös laajan verouudistuksen liittäminen sote-uudistukseen. Vaikka vähemmän haitallisia kannustevaikutuksia sisältävälle verojärjestelmälle olisi hyvät perustelut (ks. esimerkiksi Korkman ym., 2009), niin pitkän valmisteluajan vuoksi sellaista ei kannata kytkeä sote-uudistuksen aikatauluihin.

Työterveydenhuolto rahoitetaan osittain työntekijöiden ja työnantajien maksamilla työtulovakuutuksen palkkaperusteisilla maksuilla, osittain suoraan yritysten kassasta. Palkkaperusteisten maksujen kohtaanto on avotaloudessa pääosin työllä, mikä tarkoittaa sitä, että työterveydenhuollon rahoitus alentaa yritysten palkanmaksukykyä ja palkkoja. Ainoastaan siltä osin kuin maksut ovat verovähenteiset, valtio osallistuu merkittävämmiin työterveydenhuollon menojen rahoitukseen. Käytännössä siis palkansaajat rahoittavat valtaosin itse palvelujen paremman saatavuuden. Jos perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus paranee valinnanvapauden myötä, halukkuus maksaa työterveydenhuollosta vähenee. Vain jos työterveydenhuollon saatavuus jää edelleen merkittävästi paremmaksi ja julkisten palvelujen asiakasmaksuja nostetaan, työterveydenhuolto voi säilyttää pitkällä aikavälillä asemansa muussakin kuin ennaltaehkäisevässä roolissa. Sote-uudistuksen alkuvaiheessa työterveydenhuoltoon ei siis ole syytä puuttua; voidaan odottaa ja katsoa miten asiat kehittyvät.

Asiakasmaksuilla on suurin rooli vanhusten hoivapalveluissa. Maksimaalinen laitoshoidon rahoituksen marginaalivero on 85 prosenttia tuloista. Pienten eläketulojen vuoksi asiakasmaksut kattavat nykyisin kuitenkin vain osan menoista. Keskimääräisten eläkkeiden suureneminen, vanhusten terveyden paraneminen ja laitoshoidon purku vähentävät yhteisistä varoista rahoitettuja kustannuksia tulevaisuudessa, mutta vanhusikäluokkien pysyvä suureneminen ja yksinasumisen yleistymisen toimivat toiseen suuntaan. Eräs harkinnan arvoinen ehdotus on käyttää julkisten vanhushoivapalvelujen rahoitukseen perintöjä. Kyse olisi osittaisen omavastuun laajentamisesta varallisuuteen. Maailmalla on paljon malleja, joissa julkisesti rahoitettuun laitoshoidon pääsee vain ne joilla ei ole minimirajan ylittävää omaisuutta. Tässä tapauksessa linkki olisi paljon lievempi ja menetys koskisi vain perillisiä. On hyvin tiedossa että perintöjen verotus vähentää perintösäästämistä, mutta toisaalta keski-ikäisten saama perintö ei yleensä ole toimeentulon kannalta kovin tarpeellinen.

## 2.4 Kustannukset

Konkreettisin uudistuksessa asetettu tavoite kustannusten nousun rajoittamiseksi on reaalisien vuosittaisen nousun rajaaminen keskimäärin 0,9 prosenttiin ennustetusta 2,3 prosentista vuosien 2019–2030 välillä. Tällä on tarkoitus saavuttaa noin kolmen miljardin euron vuosittaiset säästöt periodin lopussa. Säästötavoite on erittäin kunnianhimoinen, sillä valinnanvapaus lisää julkisesti rahoitettujen palvelujen tarjontaa, ja periodin lopussa suuret ikäluokat ovat siirtymässä paljon hoito- ja hoivakuluja aiheuttavaan ikään. Säästön suuruutta havainnollistaa se, että näin suuri menojen kasvun hidastaminen tuottaisi puolta pienemmät reaaliset sote-menot 50 vuoden päästä.

Julkisesti rahoitettujen kustannusten nousua voidaan rajoittaa joko parantamalla toiminnan kustannusvaikuttavuutta, lisäämällä käyttäjien omavastuuta, heikentämällä laatua tai rajaamalla julkista lupautta. Jos näistä ensimmäisessä ei onnistuta tavoitellusti, muiden keinojen rooli kasvaa. Kunnilla ja kuntaliitoilla on ollut kannuste kustannusten hillintään nykyisessä mallissa, jossa ne vastaavat sotebudjettien laadinnasta ja niiden ylitysten rahoittamisesta, mutta lopputulos on ollut kustannusten nopea kasvu ja pitkät odotusajat.

Kustannuksiin vaikuttavia päätöksiä tehdään uudessa rakenteessa neljällä tasolla: valtioneuvoston ratkaisuihin, itsehallintoalueiden järjestämis- ja tuotantopäätöksissä, tuotantoyksiköissä ja palvelujen asiakkaiden valinnoissa. Valtioneuvoston tehtävänä on resurssien kohdentaminen valtakunnan tasolla, palvelulupauksen määrittäminen ja sen toteutuksen valvonta, palvelusopimusten tekeminen alueiden kanssa sekä julkisen talouden kestävyysvarmistaminen. Kunnilta alueille siirretty päätöksenteko mahdollistaa resurssien tehokkaamman kohdentamisen (kuten perusterveydenhuollon vahvistamisen), suuremmat yksikkökoot ja erikoistuminen. Alueiden yhteisillä tukipalveluilla on tarkoitus muun muassa hoitaa yhteishankintoja ja ICT-palveluja ja tuottaa asiantuntija-arvioita alueiden tuotannon laadusta ja kustannusvaikuttavuudesta. Palvelujen tuotannon tuottavuuspotentiaalia on tarkoitus lisätä palvelujen integraation ja informaationvaihdon avulla. Palvelujen kilpailutuksen ja asiakkaiden valintojen odotetaan pakottavan tehokkaampaan tuotantoon ja parempaan laatuun kilpailun kautta.

Kuluttajan valinnan hyötynä on kilpailun toimintaa tehostava vaikutus. Lisäksi järjestäjälle laadun, saatavuuden ja hinnan valvonta voi olla kevyempää, kun asiakkaat ohjautuvat heidän kannaltaan parhaille tuottajille. Käytännössä hintakilpailu on kuitenkin vaikeaa muissa kuin standardipalveluissa, jolloin järjestäjän kannattaa määritellä korvausperuste ja antaa asiakkaiden valita tuottaja hyväksytyistä palveluntarjoajista. Kilpailun toimivuudeksi harvaan asutuilla alueilla voi olla tarpeen toimia eri hinnoitteluperusteilla, mutta on myös varauduttava siihen, että kilpailua ei synny.

Palvelupaketin tuottajan valinta järjestetyn kilpailun perusteella poistaa käytännössä asiakkaan valinnan eri tuottajien palveluista, jos maantieteelliset etäisyydet palvelujen tarjoajien välillä ovat suuret. Samalla menetetään asiakkaan valinnan tuottamat ohjausmekanismit, jotka on korvattava tarkemmin määritellyillä laatu- ja saatavuuskriteereillä ja niiden noudattamisen valvonnalla. Palvelupaketissa hoidon ja hoivan integraatio on mahdollista toteuttaa tehokkaammin, kun vastuussa on koko ajan sama tuottaja. Myös informaatio kulkee todennäköisesti paremmin.

Valinnanvapauden mukanaan tuoma palvelujen saatavuuden paraneminen tulee lisäämään palvelujen käyttöä ja siten kustannuksia. Toinen julkisia kustannuksia lisäävä ilmiö on, että nykyisin täysin omilla varoilla tai pienen Kela-korvauksen turvin rahoitettu yksityinen palvelukysyntä siirtyy ainakin osittain julkisesti rahoitetun tuotannon asiakkaiksi (STM/VM, 2015). Toimiva valinnanvapaus edellyttää myös riittävää asiakkaiden informointia ja palveluohjausta, jotka aiheuttavat kustannuksia.

On hyvin mahdollista, että kilpailun lisääntymisestä aiheutuva tehokkuuden paraneminen jää vaikutuksiltaan pienemmäksi kuin nämä kustannuksia lisäävät elementit, jos julkisesti rahoitettujen palvelujen kysyntää ei saada rajoitettua. Keinoja ovat esimerkiksi julkisen palvelulupauksen rajaaminen kattavuuden ja odotusaikojen suhteen, priorisointi ja asiakasmaksut. Näiden käyttö on puolestaan ristiriidassa saatavuuden parantamisen kanssa.

Suurin potentiaalinen ongelma toiminnan tehostamisessa liittyy toimivan ohjaus- ja kannustejärjestelmän rakentamiseen eri päätöksenteon tasoille. Monikanavarahoituksen purkaminen auttaa väärin kannusteiden (STM, 2015) poistamisessa ja antaa mahdollisuuden resurssiohjaukseen, mutta sen käytännön toteutus on auki. Myös tietojärjestelmien yhteensopivuuden varmistamiseen ja tiedon jakamiseen liittyvät ongelmat tulevat olemaan huomattavat. Itsehallintoalueilla on tarkoitus yhtenäistää palvelutasoa ja parantaa näin tasa-arvoa saatavuudessa ja laadussa. Jos palvelut tuotetaan tehottomasti, on riskinä, että palvelutaso yhtenäistyy heikoksi.

Sote-uudistuksessa on kansalaisten terveyskäyttäytyminen ja vastuunotto saanut melko vähän huomiota, vaikka niillä tulee olemaan suuri merkitys saatujen terveyshyötyjen kannalta. Vakuutus toiminnassa moraalikatoa vähennetään omavastuilla, mutta krooniseen elämäntapasairauteen sairastuneen asiakasmaksuja ei välttämättä voi enää korottaa heikentyneen maksukyvyyn vuoksi. Hallitusohjelman konkretia ihmisten vastuunoton lisäyksestä rajoittuu suurempiin sairausvakuutuksen omavastuisiin. Tulevaisuudessa useammin esille nouseva kysymys on, kuinka suuria elämäntapamuutoksia tervey-

denhuollon asiakkaalta voidaan edellyttää. Entä millä tavalla varmistetaan asiakkaiden valmiudet ja halukkuus osallistua oman terveystiedon tuottamiseen ja omahoitoon? Onko runsaasti palveluja käytävillä ihmisillä halua luovuttaa terveystietonsa riittävän laajasti palvelujärjestelmän käyttöön? Olisiko tietosuojan lieventäminen perusteltua?

## 2.5 Terveyserojen kaventaminen ja palvelujen saatavuus

Terveyserojen supistamista on pidetty jo pitkään sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena, kuitenkin ilman näkyviä tuloksia. Terveyserot (health inequality) on käsite ilman arvoasetelmaa. Kun tarkoitus on puhua oikeudenmukaisuudesta, tarkempi ilmaisu olisi terveyden epätasa-arvo (health inequity), joka kuvaa politiikalla vähennettävissä olevia terveyseroja.

Alimpaan tulokymmenykseen kuuluvien kansalaisten elinajan odote ei ole juurikaan pidentynyt viime vuosikymmenien aikana, ainakaan samassa määrin kuin muissa tuloryhmissä<sup>2</sup>. Sote-uudistukseen liittyvissä taustamuistioissa samoin kuin esimerkiksi OECD:n Suomea koskeissa raporteissa yhtenä tärkeimmistä syistä pidetään eroja hoidon saatavuudessa. Erityisesti viitataan siihen, että työterveydenhuolto ja Kela-korvaukset alentavat yksityisen hoidon hintaa kotitalouksille ja siten mahdollistavat pääsyn nopeammin hoitoon. Jos suurin ongelma sosioekonomisten terveyserojen syntymisessä on perusterveydenhuollon hoidon saatavuudessa, niin erojen pitäisi kaventua asiakkaan valinnanvapauden myötä. Vapaa valinta vähentää lisäksi palvelujen saatavuuden alueellisia eroja. Yhtenäisiin julkisiin palveluvalikoima- ja priorisointisuosituksiin pääseminen parantaisi edelleen tasa-arvoa (ks. esimerkiksi Breyer, 2013). Myös palvelujen integraatio on omiaan vähentämään saatavuuseroja, jos se sujuvoittaa hoitopolkuja.

Tanska tarjoaa kuitenkin esimerkin, jossa yhteyttä saatavuuden ja terveyserojen välillä ei näy. Siellä sosioekonomiset erot kuolleisuudessa ovat kasvaneet, vaikka hoitoon pääsy on tasa-arvoista (Diderichsen ym., 2012). Myös Ruotsissa terveyserot ovat kasvaneet. Tutkimuskirjallisuus kertoo terveyserojen taustalla olevan monimutkaisia ja pitkäkestoisia vaikutusprosesseja (esim. Arcaya ym., 2015), jolloin yksittäisten tekijöiden vaikutusta on vaikea saada esille. Terveysdenhuollon osuus terveyserojen synnyssä tai kasvussa on joka tapauksessa rajallinen pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa, joissa julkiset terveys- ja hoivapalvelut ovat pääosin verorahoitteisia ja koskevat koko väestöä.

Terveysdenhuollon vaikutusta terveyteen mitataan usein sillä, kuinka monta elinvuotta menetetään sen vuoksi, ettei hoitoon ole päästy oikea-aikaisesta eikä hoito ole ollut vaikuttavaa (esim. Manderbacka, ym., 2012; Lumme ym., 2012). Vältettävissä olevat kuolemat vastaavat noin 10-15 prosentista alle 75-vuotiaiden kuolemista. Mittari perustuu valittujen kuolinsyiden tarkasteluun. Syy-seuraussuhdetta palvelujen saatavuuden ja vaikuttavuuden ja kuolemien välillä on kuitenkin vaikea näyttää, sillä tiettyyn sairauteen liittyvään ennenaikaiseen kuolevuuteen vaikuttavat myös muun muassa koko elinkaaren aikaiset elintavat, sairauden esiintyvyys ja hakeutuminen hoitoon (Manderbacka ym., 2014).

Terveyserojen kaventaminen on sinänsä tärkeä tavoite, mutta sote-uudistuksessa heikko toiminnan ohjaaja. Tasa-arvoinen pääsy hoidon piiriin ja samanlaiset hoidot ovat konkreettisempi versio tavoitteesta, mutta niiden saavuttamisen vaikutukset terveyseroihin saattavat muiden maiden kokemusten perusteella olla yllättävän vähäiset. Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen on toki sinänsä tarpeellista sekä yleisen hyvinvoinnin kannalta että viivästyneen hoidon aiheuttamien kustannusten vuoksi.

Erityinen panostaminen terveyserojen vähentämiseen saattaa tarkoittaa resurssien kohdentamista toimintaan, jonka vaikutuksista tiedetään vähän. Jos se samalla tarkoittaa resurssien vähentämistä muualta terveysdenhuollosta, valinnoilla voi olla jopa terveyden yleistä paranemista hidastava vaikutus. Jos taas kokonaismenojen annetaan kasvaa panostamisen vuoksi, syntyy ristiriita sote-uudistuksen säästötavoitteen kanssa. Yhtäläisen hoidon takaaminen kaikille on joskus ristiriidassa myös tehokkuus-tavoitteen kanssa, koska terveyshyöty samasta toimenpiteestä vaihtelee yksilöiden välillä, johtuen esimerkiksi heidän iästään, perimästään ja elintavoistaan.

<sup>2</sup> Koulutusryhmittäisessä tarkastelussa elinajan odotteen erot eivät ole Eurostatin tilastojen mukaan kasvaneet vuosina 2007–2013.

Uudistuksella saattaa olla myös kielteisiä vaikutuksia terveyseroihin, jos kuntien jäljellä olevien tehtävien, kuten päivähoiton, koulutuksen ja liikuntatoimen resurssien mitoituksessa ja kohdentamisessa ei enää huomioida tätä tavoitetta. Ennaltaehkäisyyn panostaminen lisää heti kuntien menoja, mutta hyödyt näkyvät viiveellä ja uudistuksen jälkeen suurin osa niistä menee itsehallintoalueen budjettiin. Lisäksymyksenä on, miten varmistetaan tiedonkulku alueen järjestämien sote-palveluiden ja jäljelle jääneiden kuntapalveluiden tuottajien välillä, kun se ei nyt aina toimi edes kunnan sisällä eri tuottajien välillä.

## 2.6 Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen ja kunnat

Uudistuksen jälkeen kunnat eivät enää ole keskeisiä toimijoita sote-asioissa. Silti on kiinnostavaa tarkastella kuntien edustajien näkemyksiä sote-uudistuksen toimivuudesta, sekä erityisesti siitä, miten uudella ohjausjärjestelmällä olisi mahdollista päästä tavoitteen mukaiseen kustannusten kasvun hillintään tinkimättä yhdenvertaisuuden tavoitteesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö saivat kunnilta, kuntayhtymiltä, maakunnan liitoilta ja eräiltä muilta toimijoilta yhteensä 502 lausuntoa hallituksen linjauksista itsehallintojaon perusteita, sote-uudistuksen toteuttamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistusta koskien. Lausunnot annettiin hallituksen 7.11.2015 tekemistä linjauksista, ja niiden määräaika oli 9.2.2016.

Valtaosa lausunnonantajista piti maakuntajakoa hyvänä pohjana itsehallintoalueille. Osa kuitenkin katsoi, että esitetty aluejako on epätasapainoinen, sekava ja demokratian kannalta ongelmallinen, ja että sosiaali- ja terveydenhuollon asianmukaiseksi järjestämiseksi itsehallintoalueita tulisi olla esitettyä vähemmän. Myös hallinnollisten ongelmien syntyä pelättiin, jos itsehallintoalueet ja sote-alueet eivät ole samoja. Joissakin vastauksissa ennakoitiin aluejaon nostavan kustannuksia, jolloin tavoitellut terveydenhuollon kustannussäästöt eivät toteudu. Järjestäjien määrän vähenemistä nykyisestä pidettiin kuitenkin joka tapauksessa tarpeellisenä muutoksena.

Enemmistö vastanneista suhtautui kriittisesti rakenteeseen, jossa itsehallintoalueita olisi 18 ja sosiaali- ja terveyspalvelut toteutettaisiin 15 alueen kokonaisuuksina. Osa lausunnonantajista piti mallia kuitenkin perusteltuna yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamiseksi pienimmissä maakunnissa. Osa vastaajista katsoi metropolialueen ja suurten kuntien tarvitsevan joustoa: jos palvelujen täydellisestä integraatiosta poiketaan kolmen itsehallintoalueen osalta, koska niillä ei ole riittäviä resursseja vastata tehtävistä, niin vastaavasti pitäisi olla mahdollisuus poiketa kaavamaisesta alueajosta myös silloin, jos itsehallintoalueesta on syntymässä epätarkoituksenmukaisen suuri alue.

Järjestettäessä sosiaali- ja terveyspalvelut 15 alueella tärkeimmät kriteerit alueiden määrittelemisessä olisivat maakunnan mahdollisuudet toteuttaa kustannustehokas tuotantorakenne, kyky varmistaa yhdenvertainen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus sekä maakunnan taloudelliset edellytykset. Väestömäärä ja sen ennustettu kehitys oli lähes yhtä tärkeä kriteeri kuin maakunnan taloudelliset edellytykset, ja aivan ilmeisesti näiden ajatellaan kuvaavan suunnilleen samaa asiaa.

Pienille kunnille (alle 20 000 as.) maakunnan mahdollisuudet toteuttaa kustannustehokas tuotantorakenne ja kyky varmistaa yhdenvertainen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus olivat yhtä tärkeitä kriteerejä. Suuremmille kunnille kustannustehokas tuotantorakenne oli näistä kahdesta kriteeristä tärkeämpi.

Tässä tutkimuksessa yhtenä tarkastelun kohteena piti olla alun perin kuntien kaksinainen rooli sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana että sote-alueen päätöksentekoon osallistujana. Tällaisen kahdella tuolilla istumisen vaikutukset ovat etukäteen vaikeasti hahmotettavia. Tilanne on osittain muuttunut, kun nykyisen hallituksen suunnitelmassa kunnat eivät enää ole järjestäjiä eivätkä tuottajia.

On kuitenkin edelleen huomattava, että kunnassa tuotettavat palvelut eivät ole tärkeitä pelkästään palvelujen saatavuuden kannalta. Palveluja tuottava henkilöstö tuo myös verotuloja kunnalle, sekä suoraan että kerrannaisvaikutuksineen, vilkastuttamalla kunnan taloutta. Tämä verotulovaikutus pienentää kunnan halukkuutta siirtää tuotantoa muualle sote-alueen sisällä, vaikka siirtäminen olisikin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta kustannustehokasta ja järkevää. Vaikka kunnat eivät ole sote-alueiden päätöksenteon osapuolia, on luultavaa, että aluetason päättäjistä merkittävä osa on mukana myös jonkin kunnan päätöksenteossa. Lisäksi asiaan voi tulevaisuudessa liittyä merkittävää lobbausta.



Vaarana on, että kustannussäästöjen saamisen kannalta toimintojen keskittäminen alueella saattaa jäädä liian vähäiseksi.

Kuntien vastauksista tämä huolenaihe ei nouse voimakkaasti esiin. Ministeriöiden tekemässä lausuntoyhteenvedossa todetaan, että ”Uudistuksen elinkeinopoliittiset vaikutukset askarruttivat monia kuntia. Uudistuksen koettiin mahdollistavan tehokkaamman elinkeinopolitiikan alueilla, mutta pelkona oli myös päällekkäisyyksien muodostuminen ja keskittyminen. Kaupunkiseutujen ja suurimpien kaupunkien rooli pitäisi uudistuksen yhteydessä tunnistaa ja huomioida paremmin.” (s. 23).

Yksittäisten kuntien vastauksissa todetaan kyllä, että kunnilla on jatkossakin oltava riittävät henkilö- ja taloudelliset resurssit terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, ja valtion on osallistuttava niiden rahoitukseen. Huolenaihe koskee usein kuitenkin erityisesti ennalta ehkäisevää työtä. Monen vastaajan mielestä kunnilla olisi uudistuksen jälkeenkin oltava kannusteet ennalta ehkäisevän työn edistämiseen. Nykyisiksi kannustimiksi mainitaan kuntalaisten hyvinvointi sekä raha.

Muutamissa vastauksissa todetaan, että sosiaali- ja terveystalvelujen tukitoimet ovat nykyisin integroituneet kunnan muiden tehtävien tukitoimiin, ja toivotaan, että uudistuksessa mahdollistettaisiin kuntien ja itsehallinto- ja sote-alueiden yhteiset tukitoimet.

Kuntien rahoituksen riittävyys nousee useissa vastauksissa esiin. Jos kokonaisveroaste ei saa nousta, kuten hallitus linjaa, mutta itsehallintoalueen menot kuitenkin nousevat, onko kuntien silloin vastaavasti alennettava kunnallisveroprosenttiaan? Kysymyksiä esitetään myös valtionosuuksista ja siitä, paljonko niistä jää kunnille. Miten jaetaan kattamattomat eläkevastuut kuntien ja itsehallintoalueiden välillä? Sosiaali- ja terveystoimeen liittyvät kiinteistöt ja niihin otetut lainat, kuntien kantokyyky ja kuntien ja valtion verotuksen suhde ovat myös vastauksissa esillä.

Jos vaarana pidetään, että kustannussäästöjen saamisen kannalta toimintojen keskittäminen alueella saattaa jäädä liian vähäiseksi kuntien vastustuksen vuoksi, kannattaisi pohtia, voisiko tämän ottaa huomioon valtionosuuksissa. Keskittämisessä menetetyt työpaikat voitaisiin periaatteessa korvata valtionosuuksissa kunnille ennalta sovituksi ajanjaksoksi. Otettaisiin siis nykytilanne annettuna ja kun tulee muutoksia, esim. jokin toiminto keskitetään ja siinä työpaikkoja siirtyy toiseen kuntaan, tämä kompensoidaan. Käytännössä olisi erityisesti päätettävä kuinka ja miten pitkäksi ajaksi kompensatiota tehtäisiin.

## Kirjallisuutta

- Arcaya, M.C., Arcaya, A.L. ja Subramanian, S.V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8:10.3402/gha.v8.27106. doi:10.3402/gha.v8.27106.
- Breyer, F. (2013). Implicit Versus Explicit Rationing of Health Services. *CESifo DICE Report*, 11, issue 1, pp. 07–15.
- Cordes, T., Kinda, T., Muthoora, P. ja Weber, A. (2015). Expenditure Rules: Effective Tools for Sound Fiscal Policy? *IMF Working Paper No. 15/29*.
- Diderichsen, F., Andersen, I., ja Manuel, C. (2012). Health inequality – Determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(Suppl. 8), 12–105.
- Kauhanen, A. ja Valkonen, T. (2015). ”Huomioita sote-uudistuksesta”. *ETLA Muistio No 40*. <http://pub.etla.fi/ETLA-Muistio-Brief-40.pdf>
- Komissio (2016). Country Report Finland 2016, European Commission staff working document.
- Korkman, S., Lassila, J., Määtänen, N. ja Valkonen, T. (2009). Kohti parempaa verotusta – Eväitä verokeskusteluun. *ETLA B237*, Helsinki 2009.
- Lumme, S., Sund, R., Leyland, A. ja Keskimäki, I. (2012). Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992–2008. *Soc Sci Med* 2012, 75:905–913.
- Manderbacka, K., Peltonen, R., Lumme, S., Keskimäki, I., Tarkiainen, L. ja Martikainen, P. (2012). The contribution of health policy and care to income differences in life expectancy – a register based cohort study. *BMC Public Health* 2013, 13:812.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Sund, R. ja Karvonen, S. (2014). Multiple social disadvantage does it have an effect on amenable mortality: a brief report. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:67. doi:10.1186/s12939-014-0067-5.
- Moisio, A. (2015). Kuntatalouden vakauttaminen ja makro-ohjaus, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2015.
- Nielsen, P.B. ja Rasmussen, M.H. (2012). Public Expenditure Management in Denmark. *Monetary Review*, 2nd Quarter 2012, Part 1. Danmarks Nationalbank.
- STM (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19.
- STM/VM (2015). Sote-uudistuksen säästömekanismit. *Virkamiesselvitys* 4.11.2015.
- STM ja VM (2016). Lausuntoyhteenveto hallituksen linjauksista itsehallintoaluejaon perusteiksi ja sote-uudistuksen askelmerkeiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:10.
- Sutherland, D., Price, R. ja Joumard, I. (2005). Fiscal Rules for Sub-Central Governments: Design and Impact (December 2005). *OECD Working Paper No. 52*.



**Antti Kauhanen**

*Elinkeinoelämän tutkimuslaitos*

## 3 Ohjaus- ja kannustinjärjestelmät ja sote

Sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden parantamista. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että järjestämisvastuullisilla alueilla eri toimijat toimivat yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Ilman uudenlaisia ohjaus- tai kannustinjärjestelmiä tavoitteiden saavuttaminen on epätodennäköistä ja riippuu pitkälti siitä, miten valtio onnistuu ohjaamaan itsehallintoalueita ja kuinka nämä puolestaan onnistuvat ohjaamaan palveluiden tuottajia sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä kirjoituksessa käsitellään suorituksenarviointijärjestelmiin liittyviä haasteita terveydenhuollon ohjaus- ja kannustinjärjestelmissä.

### 3.1 Mihin suorituksenarviointia ja kannustimia tarvitaan?

Organisaatioissa eri toimijoiden tavoitteet eivät välttämättä kohtaa tai tue yhteisen tavoitteen saavuttamista. Eri toimijat pyrkivät tyypillisesti omalta kannaltaan parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen, mikä saattaa johtaa ”osaoptimointiin”. Tästä syystä organisaatioissa käytetään ohjaus- ja kannustinjärjestelmiä, joilla pyritään yhdenmukaistamaan eri toimijoiden tavoitteita.

Sote-uudistuksessa valtio pyrkii voimistamaan rooliaan sosiaali- ja terveystalouden ohjaamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää käsittelevä selvityshenkilöraportti (Kauppila ja Tuulonen, 2016) ehdottaa STM:öön perustettavaa arviointiyksikköä, joka määrittelee suoritussmittarit sekä niiden tavoitetasot ja seuraa tavoitteiden saavuttamista. Suoritussmittarit asetettaisiin sekä itsehallintoalueille että tuottajille. Myös valinnanvapautta ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamista tutkinut selvityshenkilöryhmä suosittaa tuottajille suunnattuja taloudellisia kannustimia laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseksi (Brommels ym., 2016).

Pyrkimyksenä on suoritussmittareiden ja kannustimien avulla saada eri toimijat toimimaan yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi tämä onkin tärkeää, sillä uudistuksen hyödyt syntyvät vasta tuottajien toiminnan muutosten kautta. Tämä todetaan esimerkiksi sote- ja aluehallintouudistusprojektin tuottamassa selvityksessä sote-uudistuksen säästömekanismeista ”*Sote-rakenneuudistus itsessään kuitenkin vain luo edellytyksiä muutokselle. Kustannushyötyjen toteutuminen vaatii sekä kustannusvaikuttavuuden että kustannusten kasvun hillinnän asettamista uudistuksen tavoitteissa kärkeen ja muutosjohtamisen suuntaamista niihin*”. Hyvin toimivalla suoritusarviointijärjestelmällä voidaan ohjata tuottajia tuottamaan enemmän palveluita tai suuntaamaan panostuksia tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

Suoritusarviointi on keskeinen haaste sekä suoritussmittareihin perustuvissa ohjausjärjestelmissä että rahallisissa kannustinjärjestelmissä. Hyvin toimivien suoritussmittareiden määrittelemineen on usein erittäin hankalaa. Brommels ym. (2016, s. 15) toteavatkin, että kannustimiin liittyvät tunnetut ongelmat (esim. yli- tai alihoito) tulisi estää, mutta he eivät tarkemmin analysoi, mistä ongelmat syntyvät ja

miten ne voisi estää. Seuraavassa käsitellään tarkemmin suoritusarvioinnin haasteita ja suoritustavoitteisiin liittyvien ongelmien taustoja.

### 3.2 Suoritusarvioinnin haasteet

Hyvin toimivan ohjaus- tai kannustinjärjestelmän lähtökohtana on organisaation tavoite (Baker, 2002). Suoritusmittareita ei voida valita, jos ei tiedetä mitä tavoitellaan. Ongelmana on se, että organisaation tavoitetta voi usein olla vaikea määritellä tai siitä voidaan olla eri mieltä. Mikä on esimerkiksi sairaalan tai itsehallinto alueen tavoite? Seuraavassa ajatellaan sote-uudistusta kokonaisuutena ja järjestelmän tavoitteiden ajatellaan olevan hallituksen julkaisemat tavoitteet.

Minkälaisia hyvät suoritusmittarit ovat kun organisaation tavoite on tiedossa? Tätä voidaan lähestyä miettimällä, mikä olisi täydellinen suoritusmittari. Täydellinen suoritusmittari mittaa toimijan työpanoksen merkityksen organisaation tavoitteen saavuttamisessa, eikä mitään muuta. Tällainen mittari olisi täydellinen, koska toimijan tulojen sitominen siihen kannustaisi toimimaan organisaation tavoitteen mukaisesti ja se olisi toimijan täydellisesti kontrolloitavissa.

Täydellistä suoritusmittaria ei kuitenkaan ole olemassa: joko mittarit jättävät huomiotta joitain asioita (mittari on liian kapea), tai sitten mittarit ovat niin laajoja, että ne mittaavat kaikkea muuta kuin toimijan työpanoksen vaikutusta (mittari on liian laaja). Liian kapeat mittarit ohjaavat toimintaa mitattuihin asioihin, jolloin organisaation tavoite unohtuu. Liian laajat mittarit puolestaan eivät ohjaa toimintaa, sillä niihin toimijat eivät voi omalla toiminnallaan vaikuttaa.

Mitä enemmän käytettävissä olevat suoritusmittarit poikkeavat täydellisen mittarin asettamasta ideaalista, sitä heikompia kannustimien tulee olla. Kannustinjärjestelmissä tulee muistaa, että sitä saamista palkitsee. Jos mittari ei heijastele hyvin organisaation tavoitetta, kannustaa tulospalkkaus ponnistelemaan jonkun muun asian kuin organisaation tavoitteen puolesta.

#### Vääristymät

Epätäydelliset suoritusmittarit aiheuttavat vääristymiä. Tämä tarkoittaa sitä, että ne ohjaavat toimintaa suuntaan, joka ei ole täysin organisaation tavoitteen mukaista. Vääristymiä syntyy helposti kun toimijalla on useita tehtäviä, mutta suoritusmittarit mittaavat vain osaa niistä. Terveystieteiden tutkimuksessa esimerkiksi laatu on moniulotteinen käsite ja tiettyjen toimintojen laadusta palkitseminen saattaa johtaa laadun heikkenemiseen toisilla alueilla. Yleisemmin ottaen vääristymiä syntyy silloin, kun mittarit eivät ole yhdenmukaisia toimijan päätöksentekomahdollisuuksien kanssa. Tällöin usein syntyy tilanne, jossa mittareihin voidaan vaikuttaa tavoilla, jotka eivät ole organisaation tavoitteen mukaisia.

#### Riski

Epätäydelliset suoritusmittarit aiheuttavat myös riskiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että mittariin vaikuttavat myös muut kuin toimijan omat toimet. Paljon riskiä sisältävät mittarit eivät ohjaa toimintaa. Riski on yksi syy sille, miksi tyypillisesti kannustimet eivät ole kovin voimakkaita. Sen paremmin yksilöt kuin organisaatiotkaan eivät halua kantaa riskiä, joka syntyy heikosta suoritusarvioinnista. Yksittäisen lääkärin näkökulmasta koko sairaalan tai klinikan tasolla mitatut suoritusmittarit ovat hyvin riskillisiä, jolloin niiden ohjausvaikutus on hyvin pieni.

#### Manipulointi

Epätäydelliset suoritusmittarit ovat myös manipuloitavissa. Manipulointi tarkoittaa kaikkia toimenpiteitä, joilla voidaan vaikuttaa suoritusmittariin parantamatta kuitenkaan todellista suoritusta. Yleensä kapeammat mittarit (jotka siis mittaavat vain muutamia asioita) ovat helpommin manipuloitavissa kuin laajemmat.

#### Hyvän suoritusmittarin piirteet

Hyvä suoritusmittari on sellainen, joka aiheuttaa vain vähän vääristymiä, ei sisällä paljon riskiä ja on hankalasti manipuloitavissa. Hyvien suoritusmittareiden löytäminen on hankalaa ja edellyttää aina tapauskohtaista harkintaa. Yksittäisten suoritusmittareiden heikkouksia voidaan vähentää yhdistelemällä

erilaisia mittareita (Gibbs ym., 2009; Gibbs, 2012). Esimerkiksi yhdistämällä mittari, joka aiheuttaa vääristymiä, mutta ei sisällä riskiä, mittariin, jolla on päinvastaiset ominaisuudet, voidaan päästä melko hyvään lopputulokseen.

Seuraavaksi käsitellään tarkemmin empiiristä tutkimusta terveydenhuollon kannustinjärjestelmistä.

### 3.3 Kannustimet terveydenhuollossa

Erilaisia kannustin- ja ohjausjärjestelmiä on tutkittu terveydenhuollossa paljon. Tästä huolimatta näiden järjestelmien vaikutuksista ei ole selkeää konsensusta (Gosden ym., 2000; Flodgren ym., 2011; Scott ym., 2011). Tämä johtuu siitä, että tutkittujen järjestelmien piirteet vaihtelevat huomattavasti ja niitä on toteutettu hyvin erilaisissa konteksteissa.

Lisäksi tutkimusten laadussa on huomattavia eroja. Vahvimmat tutkimusasetelmat käyttävät satunnaistettuja kokeita tai ns. luonnollisia satunnaistettuja kokeita. Näissä järjestelmän piiriin kuuluvat yksiköt (koeryhmä) ja ulkopuolelle jääneet (kontrolliryhmä) on valittu satunnaisesti joko tutkijoiden toimesta tai jonkinlaisen tutkimuskohteista riippumattoman seikan perusteella. Tällaisessa koeasetelmassa syy-seuraussuhteen todentaminen on helpompaa kuin muissa asetelmissa, sillä koe- ja kontrolliryhmät eivät poikkea toisistaan havaittujen eivätkä havaitsemattomien tekijöiden osalta. Tällaiset tutkimukset ovat kuitenkin harvinaisempia. Tyypillisempiä ovat poikkileikkausaineistoihin perustuvat havainnolliset tutkimukset tai ennen-jälkeen -tutkimukset ilman kontrolliryhmää. Näissä syy-seuraussuhteen todentaminen on vaikeaa, sillä on hyvin mahdollista, että tutkittavaan ilmiöön vaikuttavat järjestelmämuutoksen lisäksi monet havaitsemattomat tekijät.

#### Suoritteiden määrä

Eräs tyypillinen kannustinjärjestelmä on suoriteperusteinen maksujärjestelmä, jossa suoritusmittarina on siis toteutunut suoritteiden määrä. Verrattuna kapitaatioperusteiseen palkitsemiseen tai kuukausipalkkaan, kannustaa tällainen järjestelmä tuottamaan enemmän suoritteita. Tutkimukset ovat osoittaneet, että suoriteperustaiseen järjestelmään siirtyminen lisää suoritteiden määrää (esim. Gaynor ja Pauly, 1990; Krasnik ym., 1990; Gosden ym., 2000; Conrad ym., 2002; Shafirin, 2010). Tutkimuksissa on havaittu, että toimenpiteiden määrä potilasta kohti kasvaa, mutta vastaanotettujen potilaiden määrä ei välttämättä kasva (Krasnik ym., 1990).

Suoriteperusteisen palkitsemisen ongelmana on se, että se kannustaa tuottamaan suoritteita, vaikka niiden vaikutus potilaan terveyden paranemiseen olisi vähäinen (Institute of Medicine, 2007). Resursseja tuhlaantuu tarpeettomiin tai heikosti vaikuttaviin toimenpiteisiin tai kalliisiin hoitoihin, joille olisi halvempia vaihtoehtoja. Tyypillisesti terveydenhuollon kannustinjärjestelmät eivät palkitse kustannustietoisesta toiminnasta, vaan vaativista ja kalliista toimenpiteistä (Golden ja Sloan, 2008). Suoriteperusteiset järjestelmät eivät siis välttämättä tue organisaation tavoitteen mukaista toimintaa, vaan johtavat suoritteiden määrän osin tarpeettomaan lisäämiseen.

#### Palvelun laatu

Monissa terveydenhuollon kannustinjärjestelmissä suoritusmittarina on ollut toiminnan laatu. Korkealaatuisiin tutkimuksiin keskittyvä katsaus toteaa, että tutkimuksissa on havaittu pieniä positiivisia vaikutuksia terveydenhuollon laatuun, mutta olemassa olevien tutkimusten perusteella ei voida vetää selkeitä johtopäätöksiä (Scott ym., 2011). Eräs tutkimus, jossa positiivisia vaikutuksia on havaittu, koskee Ison-Britannian kansallista terveydenhuoltojärjestelmää (NHS). Siellä toteutettu laadusta palkitseva järjestelmä vähensi kuolleisuutta huomattavasti (Sutton ym., 2012). Toisaalta on myös hyvin toteutettuja tutkimuksia, joissa kannustinjärjestelmien ei havaittu vaikuttavan laatuun (Mullen ym., 2010; Lee ym., 2012).

#### Terveyserot

Kannustinjärjestelmien käyttö voi vaikuttaa myös terveyseroihin ainakin kahdesta syystä (Casalino ym., 2007). Ensiksi, heikomman terveyden omaavia potilaita hoitavat lääkärit saattavat pärjätä huo-

nommin käytettyjen suoritusmittareiden valossa, mikä vaikeuttaa lääkäreiden houkuttelua näille alueille tai heikentää lääkärin reagointia kannustimiin. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että heikompi terveyden lähtötaso heijastuu mittareihin, tai siitä, että sairaampien potilaiden terveyskäyttäytymiseen on vaikeampi vaikuttaa. Isossa-Britanniassa on havaittu, että köyhempien alueiden sairaaloiden mitattu laatu oli rikkaampia alueita heikompi (Doran ym., 2006). Toiseksi, alueelliset terveyserot saattavat kasvaa, jos toiminnan parantaminen on helpompaa alueilla, joissa terveyden lähtötaso on parempi. Tästä ilmiöstä on näyttöä Yhdysvalloista (Werner ym., 2008). Toisaalta katsauksessa kannustinjärjestelmien vaikutuksista terveyseroihin ei taloudellisilla kannustimilla havaittu olevan vaikutusta (Van Herck ym., 2010). Näiden tutkimusten laatu on kuitenkin melko kirjava. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että taloudellisten kannustimien vaikutuksista terveyseroihin ei tiedetä kovin paljoa, mutta tähän ilmiöön tulee kiinnittää huomiota.

### **Terveydenhuollon kustannukset**

Ohjaus- ja kannustinjärjestelmien vaikutuksista terveydenhuollon kustannuksiin tai kustannustehokkuuteen tiedetään vain vähän (Eijkenaar ym., 2013). Kannustinjärjestelmien taloudellista arviointia on tehty vain harvoissa tutkimuksissa, ja näiden laatu vaihtelee huomattavasti (Emmert ym., 2012). Olemassa olevan tutkimuksen perusteella ei voi arvioida, ovatko taloudelliset kannustimet kustannustehokkaita terveydenhuollossa. Kannustinjärjestelmät ovat kustannustehokkaita, jos aiempi tuotosten taso saavutetaan alhaisemmilla kustannuksilla tai mikäli aiemmalla kustannustasolla saavutetaan enemmän tuotoksia. Kustannustehokkuus ei siis kerro vielä kustannusten tason muutoksista. Kustannukset voivat kasvaa kustannustehokkuuden parantuessa, mikäli suoritteiden (laatu- ja määrät) määrä kasvaa selkeästi enemmän.

Edellä todettiin suoriteperusteisten kannustinjärjestelmien lisäävän suoritteiden määrää ja sitä kautta kustannuksia. Huolena on se, että nämä toimenpiteet eivät ole kustannusvaikuttavia, eli terveyshyödyt kustannuksiin nähden ovat alhaiset. Suoriteperusteiset järjestelmät voivat olla siis kalliita ja niiden kustannusvaikuttavuus heikko.

Kannustinjärjestelmien vaikutukset terveydenhuollon kustannuksiin riippuvat olennaisesti järjestelmän piirteistä. Isossa-Britanniassa toteutettu kannustinjärjestelmä tuli huomattavasti ennakoitua kalliimmaksi, kun suoritusmittareiden tavoitetasot ylitettiin keskimäärin selkeästi ennakoarvioita paremmin (Doran ym., 2006). Kannustinjärjestelmän seurauksena lääkäreiden tulot kasvoivat keskimäärin yli 30 prosenttia. On epäselvää, johtiko järjestelmä suoriutumisen paranemiseen, sillä tietoa suoritustasosta ajalta ennen kannustinjärjestelmää ei ole olemassa. Kannustinjärjestelmä siis nosti huomattavasti terveydenhuollon kustannuksia, mutta on epäselvää vaikuttiko se lainkaan lääkäreiden toimintaan.

### **Vääristymät**

Suoritusarviointi terveydenhuollossa on hankalaa, sillä kuhunkin työtehtävään liittyy useita ominaisuuksia (esim. määrä ja laatu) ja kukin toimija tekee useita erilaisia tehtäviä. Kuten edellä todettiin, tämä on haasteellista suoritusarvioinnin kannalta, sillä jos kaikkia tehtäviä tai niiden ominaisuuksia ei voida mitata, syntyy riski suoritusarvioinnin aiheuttamista vääristymistä. Vaarana on, että keskitytään enemmän tehtäviin, joista palkitaan ja vähemmän niihin, joista ei palkita. Tämä on ongelmallista, jos mittareiden valinta perustuu esimerkiksi olemassa oleviin mittareihin tai helposti mitattaviin asioihin, eikä siihen, miten toimija voi vaikuttaa organisaation tavoitteen saavuttamiseen.

Suoritusarvioinnin aiheuttamista vääristymistä on näyttöä terveydenhuollosta. Dumont ym. (2008) tutkivat siirtymistä suoritusperusteisesta palkitsemisjärjestelmästä sekajärjestelmään, joka yhdistää kiinteän palkan ja suoriteperusteisen osan. He osoittavat, että uudessa järjestelmässä lääkärit tekivät vähemmän potilastyötä, mutta käyttivät enemmän aikaa kuhunkin toimenpiteeseen. Potilastyöstä säästynyt aika käytettiin tehtäviin, joista ei aiemmin palkittu (esim. hallinto ja opetus). Suoriteperusteisen järjestelmän oli siis ohjannut heitä suuntaamaan työpanostaan enemmän tehtäviin, joista palkittiin.

Terveydenhuollon laatuun keskittyvissä tutkimuksissa on näytetty suoritusmittareihin sisältyneiden toimenpiteiden laadun parantuneen samalla kun suoritusmittareiden ulkopuolelle jääneiden toimenpiteiden laatu heikkeni (Campbell ym., 2009; Doran ym., 2011). Tickle ym. (2011) näyttävät, että

kannustinjärjestelmän muutos Ison-Britannian julkisen sektorin suun terveydenhuollossa, johti nopeiden ja halpojen toimenpiteiden lisääntymiseen (esim. hampaan poisto) ja enemmän aikaa vaativien tai kalliita materiaaleja käyttävien hoitojen vähenemiseen (esim. sillat). Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa havaitaan mitattujen suoritteiden parantuneen ilman suoritustittareiden ulkopuolelle jäävien suoritteiden vähentymistä tai laadun heikkenemistä (Propper ym., 2010).

Yhteenvedona voidaan sanoa, että kannustinjärjestelmät vaikuttavat siihen, mihin toimintoihin panostetaan. Tästä syystä kannustinjärjestelmissä tulee kiinnittää huomiota suoritusarvioinnin mahdollisesti aiheuttamiin vääristymiin.

### Manipulointi

Suoritusmittareiden käyttö toiminnan ohjaamisessa tai kannustinjärjestelmissä saattaa johtaa mittareiden manipulointiin. Manipulointi tarkoittaa kaikkia toimenpiteitä, joilla voidaan vaikuttaa suoritusmittariin parantamatta kuitenkaan todellista suoritusta. Manipuloidut mittarit näyttävät toiminnan olevan korkeatasoista, vaikka potilaiden kokemana palveluiden saavutettavuus tai laatu on huono. Suoritusmittareiden manipuloinnista on näyttöä myös terveydenhuollon osalta.

Yksi manipuloinnin muoto on potilaiden valinta tilanteissa, joissa se on mahdollista. Yhdysvalloista on näyttöä siitä, että sairaaloiden laatutietojen julkisuus hankaloitti heikkokuntoisten potilaiden hoitoon pääsyä (Dranove ym., 2003). Tämä johtuu siitä, että heikompikuntoisilla potilailla komplikaatioiden riski on suurempi, jolloin sairaalan tai lääkärin laatumittarit kärsivät tällaisten potilaiden hoidosta. Shen (2003) tutkii suoritusperustaista palkitsemisjärjestelmää ja osoittaa sen luovan kannustimia ottaa hoitoon vain helpompihoitoisia potilaita.

Isossa-Britanniassa on havaittu suoritusmittareiden käytön johtaneen kyseenalaisten keinojen käyttöön suoritustavoitteiden saavuttamisessa (Bevan ja Hood, 2006b; 2006a). Esimerkkinä mainittakoon tavoite alle neljän tunnin odotusajasta päivystyksessä. Tämä tavoite johti tietyissä tapauksissa siihen, että potilaat joutuivat odottamaan ambulanssissa sairaalan ulkopuolella kunnes henkilökunta oli varma, että neljän tunnin tavoite saavutetaan.

Manipulointia on myös raportoinnin vääristely. Suoritusmittareiden arvoja ”korjataan” (Bevan ja Hood, 2006b; 2006a) tai itseraportoituja mittareita vääristellään (Lu, 1999). Tällöin suoritusmittarit näyttävät hyviltä, mutta todellisuudessa toiminta on kaukana mittareiden kuvaamasta tasosta.

Mittareiden manipulointi on todellinen ongelma kaikissa kannustinjärjestelmissä. Mahdollisuudet manipulointiin täytyy huomioida mittareita suunniteltaessa ja niiden seurannassa.

## 3.4 Kilpailu kannustimena

Tuottajien välinen kilpailu asiakkaista tai tilaajien sopimuksista on yksi keino ohjata terveydenhuoltojärjestelmää toimimaan tehokkaammin tai laadukkaammin. Kilpailu itsessään ei ole kuitenkaan mikään varma ratkaisu terveydenhuollon ongelmiin, vaan sen vaikutukset riippuvat olennaisesti tavasta, jolla kilpailun lisääminen toteutetaan.

Taloustieteelliset teoriat kilpailun vaikutuksesta laatuun näyttävät yksiselitteisesti, että kilpailu parantaa laatua kun hinnat ovat säännöstellyt. Kun sääntelijä asettaa hinnat, joutuvat yritykset kilpailemaan muilla tuotteen tai palvelun piirteillä, eli laadulla. Säädetyn hinnan täytyy kuitenkin ylittää tuotteen tai palvelun tuottamisesta aiheutuva (raja)kustannus, jotta kilpailu voi parantaa laatua.

Tilanteessa, jossa yritykset kilpailevat sekä laadulla että hinnalla, on kilpailun vaikutus laatuun epäselvä. On mahdollista, että kilpailu ajaa yritykset parantamaan laatuaan ja laskemaan hintojaan, mutta voi käydä myös niin että hintojen lasku näkyy vastaavana laadun laskuna.

Kilpailun vaikutukset riippuvat siis olennaisesti siitä, millä tekijöillä kilpaillaan ja mitä näistä tekijöistä voidaan mitata niin hyvin, että sopimukset voidaan sitoa näihin mittareihin. Jos esimerkiksi tilaajan ja tuottajan välillä neuvotellaan sekä toimenpiteiden määrästä että niiden hinnasta ilman kunnollisia laatumittareita, on vaarana, että saadaan paljon heikompileatuja toimenpiteitä alhaisemmalla hinnalla.

Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmässä toteutetut kilpailun lisäämiseen tähdänneet toimenpiteet valaisevat hyvin kilpailun vaikutuksia terveydenhuollossa. Ensimmäinen reformi toteutet-

tiin vuodesta 1991 alkaen. Tässä reformissa eriytettiin tilaaja ja tuottaja julkisen sektorin terveydenhuollossa. Aiemmin suoraan valtion budjetista rahoitetut sairaalat joutuivat nyt kilpailemaan tilaajien sopimuksista. Tilaajien ja tuottajien välisissä neuvotteluissa sovittiin toimenpiteiden määrästä ja niiden hinnasta. Laatumittareita ei juuri ollut käytettävissä. Käytännössä kilpailu käytiin hinnalla ja jonojen pituudella. Propper ym. (2008) tutkivat tämän reformin vaikutusta terveydenhuollon laatuun. Heidän tuloksensa osoittavat, että kilpailun lisääminen lyhensi jonoja, mutta samalla laski laatua. Kilpailu siis paransi niitä tekijöitä, joiden perusteella kilpailua käytiin, mutta heikensi muita tekijöitä. Tässä on kyse täysin samasta ilmiöstä kuin edellä suoritusarvioinnin yhteydessä: kilpailussa sairaaloita arvioidaan vääristyneiden mittareiden avulla, koska laatua ei niissä huomioitu.

Vuonna 2006 Isossa-Britanniassa toteutettiin toisenlainen reformi kilpailun lisäämiseksi: potilaat saivat valita tuottajan huomattavasti aiempaa vapaammin, ja eri toimenpiteiden hinnat määriteltiin valtakunnallisesti. Potilaille tarjottiin informaatiota eri sairaaloiden laadusta ja odotusajoista. Potilaat pystyivät itse varamaan ajan sairaalaan, ja uuden tietojärjestelmän myötä potilaan tiedot seurasivat automaattisesti mukana. Nyt sairaalat siis kilpailivat potilaista laadun ja odotusaikojen perusteella. Gaynor ym. (2013) tutkivat, kuinka tämä reformi vaikutti laatuun, tuottavuuteen ja kustannuksiin. Heidän tuloksensa osoittavat, että reformi paransi laatua (vähensi kuolleisuutta) ja lyhensi hoitojaksoja, eikä lisännyt kokonaiskustannuksia, eikä kustannuksia potilasta kohti. Kilpailu siis johti sairaalat käyttämään resurssejaan tehokkaammin. Potilaiden valinnanvapauden lisääminen vaikutti erityisesti sairaampien ja paremmin informoitujen potilaiden käyttäytymiseen (Gaynor ym., 2012). Vaikutukset olivat samankaltaisia eri sosioekonomisissa ryhmissä, joten valinnanvapaus ei lisännyt sosioekonomisia terveyseroja.

### 3.5 Yhteenveto

Kaikki ohjausjärjestelmät käyttävät hyväkseen suorituksenarviointia tavalla tai toisella, on sitten kyse rahallisista kannustinjärjestelmistä, suoritusavoitteista tai kilpailusta. Ohjauksen toimivuus riippuu olennaisesti suorituksenarvioinnin onnistumisesta. Monissa tilanteissa käytettävät suoritusmittarit eivät kuvaa hyvin toimijan työpanoksen vaikutusta organisaation tavoitteen saavuttamiseen, jolloin suoritusmittarit aiheuttavat ei-toivottuja vaikutuksia.

Suorituksenarviointia ja kannustinjärjestelmiä koskeva tutkimus on kiistatta osoittanut, että suoritusmittarit ja niihin liittyvät kannustimet ohjaavat toimintaa myös terveydenhuollossa. Ne ovat siis hyvin voimakas johtamisen väline. Niitä täytyy kuitenkin käyttää harkiten, sillä mittarit ja niille asetetut tavoitteet ohjaavat toimintaa mittareiden mittaamien asioiden suuntaan eikä välttämättä niihin asioihin, joita toivottaisiin saatavan aikaan. Huonot mittarit saattavat siis aiheuttaa merkittävää haittaa: ne johtavat vääristymiin ja aiheuttavat mittareiden manipulointia.

Sote-uudistuksen kannalta Ison-Britannian kokemukset tarjoavat paljon tärkeitä havaintoja. Sielä on kokeiltu laajasti erilaisia kannustimia, tavoitteita ja kilpailua. Kannustinjärjestelmät ovat usein ohjanneet toimintaa mitattujen asioiden suuntaan muiden toimintojen kustannuksella. Toisaalta on esimerkkejä tilanteista, joissa laatu on selkeästi parantunut ilman ei-toivottuja vaikutuksia. Kannustimet ovat usein myös johtaneet manipulointiin, eli on tehty toimia, jotka vaikuttavat mittareihin, mutta eivät todelliseen toimintaan ("hitting the target, but missing the point"). Ohjausjärjestelmistä kilpailu näyttää toimineen hyvin, kun kilpailua on lisätty asiakkaiden valinnanvapauden kautta samalla kun eri toimenpiteiden hinnat on säädelty (raha seuraa potilasta). Sairaaloiden välillä toteutettu kilpailu tilaajien sopimuksista puolestaan johti huonoon lopputulokseen pohjimmiltaan huonojen suoritusmittareiden takia.

Sote-uudistuksen tavoitteiden osalta tutkimusta ohjaus- ja kannustinjärjestelmien vaikutuksista on olemassa lähinnä suoritteiden määrään ja laatuun liittyen; kustannuksiin tai terveyseroihin liittyvää tietoa on hyvin vähän. Sellaisen ohjaus- ja kannustinjärjestelmän luominen, joka ohjaisi eri toimijoita toimimaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi, on hyvin hankalaa johtuen tutkimustiedon hajanaisuudesta sekä suorituksenarviointiin liittyvistä haasteista.



- Baker, G. (2002). *Distortion and risk in optimal incentive contracts*. *Journal of Human Resources*, 37(4), 728–751.
- Bevan, G. ja Hood, C. (2006a). *Have targets improved performance in the english nhs?* *BMJ*, 332(7538), 419–422.
- Bevan, G. ja Hood, C. (2006b). *What's measured is what matters: Targets and gaming in the english public health care system*. *Public administration*, 84(3), 517–538.
- Brommels, M., Aronkytö, T., Kananaja, A., Lillrank, P. ja Reijula, K. (2016). Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: Selvityshenkilöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:18.
- Campbell, S.M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B. ja Roland, M. (2009). *Effects of pay for performance on the quality of primary care in england*. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368–378.
- Casalino, L.P., Elster, A., Eisenberg, A., Lewis, E., Montgomery, J. ja Ramos, D. (2007). *Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities?* *Health Affairs*, 26, w405–w414.
- Conrad, D.A., Sales, A., Liang, S.-Y., Chaudhuri, A., Maynard, C., Pieper, L., Weinstein, L., Gans, D. ja Piland, N. (2002). *The impact of financial incentives on physician productivity in medical groups*. *Health Services Research*, 37(4), 885–906.
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H., Reeves, D., Kontopantelis, E., Hiroeh, U. ja Roland, M. (2006). *Pay-for-performance programs in family practices in the united kingdom*. *New England Journal of Medicine*, 355(4), 375–384.
- Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J.M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C. ja Reeves, D. (2011). *Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: Longitudinal analysis of data from the uk quality and outcomes framework*. *BMJ: British Medical Journal*, 342.
- Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M. ja Satterthwaite, M. (2003). *Is more information better? The effects of "report cards" on health care providers*. *The Journal of Political Economy*, 111(3), 555–588.
- Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N. ja Shearer, B. (2008). *Physicians' multitasking and incentives: Empirical evidence from a natural experiment*. *Journal of health economics*, 27(6), 1436–1450.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. ja Schöffski, O. (2013). *Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews*. *Health policy*, 110(2), 115–130.
- Emmert, M., Eijkenaar, F., Kemter, H., Esslinger, A.S. ja Schöffski, O. (2012). *Economic evaluation of pay-for-performance in health care: A systematic review*. *The European Journal of Health Economics*, 13(6), 755–767.
- Flodgren, G., Eccles, M.P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E. ja Beyer, F.R. (2011). *An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes*.
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R. ja Propper, C. (2013). *Death by market power: Reform, competition, and patient outcomes in the national health service*. *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4), 134–166.
- Gaynor, M. ja Pauly, M.V. (1990). *Compensation and productive efficiency in partnerships: Evidence from medical groups practice*. *Journal of Political Economy*, 98(3), 544–573.
- Gaynor, M., Propper, C. ja Seiler, S. (2012). *Free to choose? Reform and demand response in the english national health service*. NBER working paper No. w18574.
- Gibbs, M. (2012). *Design and implementation of pay for performance*. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor IZA Discussion Papers.
- Gibbs, M.J., Merchant, K.A., Van Der Stede, W.A. ja Vargus, M.E. (2009). *Performance measure properties and incentive system design*. *Industrial Relations*, 48(2), 237–264.
- Golden, B.R. ja Sloan, F.A. (2008). *Physician pay for performance: Alternative perspectives*. Teoksessa F.A. Sloan ja K. Hirshel (toim.), *Incentives and choice in health care* (s. 289–318). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. ja Pedersen, L. (2000). *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians*. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).
- Institute of Medicine. (2007). *Rewarding provider performance: Aligning incentives in medicare*. National Academies Press.
- Kauppila, T. ja Tuulonen, A. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2016:5
- Krasnik, A., Groenewegen, P.P., Pedersen, P.A., von Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H.A. ja Damsgaard, M.T. (1990). *Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice*. *BMJ: British Medical Journal*, 300(6741), 1698.
- Lee, G.M., Kleinman, K., Soumerai, S.B., Tse, A., Cole, D., Fridkin, S.K., Horan, T., Platt, R., Gay, C., Kassler, W., Goldmann, D.A., Jernigan, J. ja Jha, A.K. (2012). *Effect of nonpayment for preventable infections in us hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 367(15), 1428–1437.
- Lu, M. (1999). *Separating the true effect from gaming in incentive-based contracts in health care*. *Journal of Economics and Management Strategy*, 8(3), 383–431.
- Mullen, K.J., Frank, R.G. ja Rosenthal, M.B. (2010). *Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers*. *The Rand journal of economics*, 41(1), 64–91.
- Propper, C., Burgess, S. ja Gossage, D. (2008). *Competition and quality: Evidence from the nhs internal market 1991-9*. *Economic Journal*, 118(525), 138–170.
- Propper, C., Sutton, M., Whittall, C. ja Windmeijer, F. (2010). *Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment*. *Journal of Public Economics*, 94(3-4), 318–335.
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J. ja Young, D. (2011). *The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians*.
- Shafrin, J. (2010). *Operating on commission: Analyzing how physician financial incentives affect surgery rates*. *Health economics*, 19(5), 562–580.
- Shen, Y. (2003). *Selection incentives in a performance-based contracting system*. *Health Services Research*, 38(2), 535–552.
- Sutton, M., Nikolova, S., Boaden, R., Lester, H., McDonald, R. ja Roland, M. (2012). *Reduced mortality with hospital pay for performance in england*. *New England Journal of Medicine*, 367(19), 1821–1828.
- Tickle, M., McDonald, R., Franklin, J., Aggarwal, V. R., Milsom, K. ja Reeves, D. (2011). *Paying for the wrong kind of performance? Financial incentives and behaviour changes in national health service dentistry 1992–2009*. *Community dentistry and oral epidemiology*, 39(5), 465–473.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M.B. ja Sermeus, W. (2010). *Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care*. *BMC Health Services Research*, 10(1), 247.
- Werner, R.M., Goldman, L. ja Dudley, R. (2008). *Comparison of change in quality of care between safety-net and non-safety-net hospitals*. *JAMA*, 299(18), 2180–2187.



**Annu Kotiranta, Martti Kulvik, Sirpa Maijanen, Marja Tähtinen**  
*Elinkeinoelämän tutkimuslaitos*

## 4 Sote-kyselyn tulosten esittely

### 4.1 Johdanto

#### 4.1.1 Kyselyn motiivi

Sote-uudistusta on tehty virkamiestyönä ja lausunnot lakiesityksestä on pyydetty mm. kunnilta, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilta, puolueilta, ministeriöiltä, Kelalta, Valvirasta, THL:stä, yliopistoilta sekä työnantaja- ja ammattijärjestöiltä. Saadut kommentit edustavat erilaisten organisaatioiden käsityksiä, mutta sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten näkemys on toistaiseksi jäänyt lähinnä järjestötasolle.

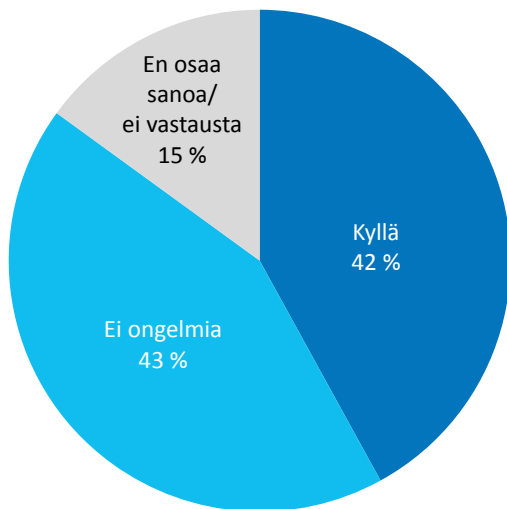
Kuitenkin uudistuksen nykyisessä suunnitteluvaiheessa juuri suorittavalta taholta voidaan saada arvokasta tietoa siitä, mitä henkilökunta odottaa uudistukselta, minkälaisiin muutoksiin se on valmis ja miten sote-uudistuksessa tehtävä integraatio saadaan toimimaan siten, että uudistuksen tavoitteet toteutuvat. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksillä voidaan vahvistaa päätöksenteon tueksi tarvittavaa tietopohjaa, sekä ohjata sote-uudistuksen käytännön toteutusta siten, että nykyisessä järjestelmässä hyvin toimivat rakenteet ja yhteistyökuviot säilytetään ja otetaan valtakunnalliseen käyttöön, ja huonosti toimiville luodaan uusia, käytännön työstä lähteviä ja innovatiivisia ratkaisuja.

Ohjausjärjestelmän toimivuuden selvittämisessä on näistä lähtökohdista kaksi etenemistietä. Ensimmäisessä odotetaan vähitellen tarkentuvia tietoja hallinnollisista päätöksistä ja käytännön kokemuksista ja tehdään arviot niiden perusteella. Aikahorisontti tällaisessa hankkeessa olisi kuitenkin useita vuosia. Toinen vaihtoehto on kerätä ja pyrkiä käyttämään olemassa olevaa epäsuoraa tietoa asiasta.

Tässä hankkeessa edettiin jälkimmäistä tietä käyttäen joitain riittämättömälle huomiolle jääneitä lähteitä. Näitä ovat käytännön työssä saadut kokemukset nykyisen suomalaisen järjestelmän toimivuudesta ja uudistustarpeista, käytännön toimijoiden näkemykset siitä, voisiko sote-uudistus tavoiteltuun suuntaan sekä kansainvälisten asiantuntijoiden sote-uudistustamme koskevat näkökulmat, jotka pohjautuvat heidän omiin kokemuksiinsa muualla toteutetuista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksista.

Sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kustannuksissa merkittävimmät ratkaisut syntyvät ruohonjuuritasolla jokaisen hoito- ja palvelupäätöksen yhteydessä. Siksi päätöksiä tekevän henkilöstön näkemys kustannusten synnystä ja ehkäisystä on tärkeä. Paras-hankkeen aikana vain keskimäärin 8 % henkilöstöstä koki osallistumismahdollisuutensa uudistuksen suunnitteluun riittäväksi (Jokinen ja Heiskanen, 2012). Tuore kyselymme kertoo samaa: sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset haluavat ottaa kantaa, he tunnistavat huomattavia mahdollisuuksia tehdä asioita paremmin, ja heillä on siihen motivaatio (kuviot 1).

Kuvio 1 Oletko havainnut työssäsi ongelmia, joihin toivot soteuudistuksen tuovan parannusta (% kysymykseen vastanneista)?



#### 4.1.2 Kysymyksillä on suora yhteys hallitusohjelmaan

Selvityksemme viitekehyksenä olemme hyödyntäneet Joel Shalowitzin kehittämää mallia, jossa sosi- aali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tarkastellaan kahdesta toisiaan täydentävästä näkökulmasta (Kot- ler, Shalowitz ja Stevens, 2008; Shalowitz, 2009).

Ensimmäisessä tarkastelussa järjestelmää tarkastellaan viiden eri ulottuvuuden kautta: päätök- sentekovalta, talousympäristö, maan sosiaalinen ja kulttuurinen perintö, teknologia, sekä väestön ominaisuudet. Kutakin näistä ominaisuudesta arvioidaan sen perusteella kuka maksaa, mitkä ovat kustannukset, mitä katetaan, missä palvelut annetaan sekä kuka tarjoaa palvelut ja tuotteet.

Olemme sovittaneet Shalowitzin mallin Suomen olosuhteisiin niin, että sen avulla voidaan tarkastella sote-uudistusta koskevia tavoitteita ja lausuntoja siten kuin sote-uudistusta koskeva tieto on ollut käytettävissä lopullista kyselyä rakennettaessa (loppuvuosi 2015). Keskeiset käyttämämme lähteet on koottu tämän luvun loppuun. Taulukossa 1 esitetään Suomen sote-uudistus sovitettuna Shalowitzin malliin.

Seuraavassa vaiheessa tarkastelimme taulukon kutakin solua erikseen suunnitellen sote-uudis- tusta koskevasta materiaalista niihin liittyvät kysymysaiheet. Taulukossa 2 on esimerkki siitä, kuinka muodostimme kysymysaiheita tarkastellen talousnäkökulmasta sitä, mitä väestöryhmiä ja mitä asioita sote-uudistuksessa katetaan.

Shalowitzin mallin toisessa osiossa tarkastellaan strategista suunnittelua ja siihen liittyviä vält- tämättömiä valintoja (Shalowitz, 2008; Shalowitz, 2009). Mallissa arvioidaan kolmen keskeisimmän kilpailukykytekijän – kustannusten, laadun ja saatavuuden – keskinäistä tasapainoa. Kukin kilpailu- tekijä jakautuu toisistaan riippuviin osakomponentteihin, joiden kautta terveydenhuoltojärjestelmän strategisia valintoja ja niiden vaikutuksia päästään tarkastelemaan hyvin laaja-alaisesti. Mukautimme myös tätä mallia Suomen olosuhteisiin ja sovelsimme sitä sote-uudistukseen löytääksemme strategi- siin valintoihin liittyviä kysymyksiä (kuvio 2).

Taulukko 1 Suomen Sote-uudistus kuvattuna Shalowitzin mallin kautta

Sote-uudistus pähkinänkuoressa					
Tavoitteet: kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitää kustannuksia  HO = Hallitusohjelma STM = Sosiaali- ja terveysministeriö					
	Poliittinen päätöksenteko	Toimintaympäristö	Väestötavoitteet	Talous	Teknologia
Ketkä ja mitä katettu?	HO: Julkisasiirahoitteiset sote-palvelut kaikille	STM: Palveluvalikoiman määrittely perustuen osoitettuun tehokkuuteen ja turvallisuuteen	HO: Kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja	HO: Julkinen palvelulupaus määritellään yhteiskunnan taloudellisten realiteettien rajoissa	HO: Tulevan palvelutarpeen vähentäminen painottamalla ennaltaehkäisyä, varhaista tukea ja puuttumista sekä toimintakyvyn ylläpitoa
Kuka tarjoaa	HO: 15 Sote-alueetta vastaa palveluiden järjestämisestä aiemman 150 sijaan	HO: Täydellinen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio HO: Tuottajakunnan laajentaminen ja monipuolistaminen	HO: Siirtää enenevässä määrin vastuuta oman hyvinvoinnin ja terveyden huolehtimisesta kansalaisille itselleen sote-järjestelmän tuella	HO: Kilpailu peruspalveluiden tuottamisessa; kilpailuneutraliteetin* korostaminen HO: Teollisen tuotannon periaatteiden hyödyntäminen	HO: Johtamiskulttuurin uusiminen kohti managerialismia HO: Tuotantotyökalujen tehostettu käyttö
Missä	HO: Painopiste perustason palveluissa	HO: Peruspalveluissa kansalaisen vallinnan-vapauden korostaminen	HO: Nopea pääsy peruspalveluihin lähellä asiakasta	HO: Erityistason sosiaali- ja terveydenhuollon keskittäminen; sairaalaverkoston supistaminen, suuruuden ekonomia	HO: Asiakkaiden voimauttaminen ja vastuuttaminen digitalisaation sekä hyvinvointi- ja terveysteknologian keinoin
Kuka maksaa	HO: Useasta maksajasta yksikanavaisen järjestelmään	–	–	HO: Asiakasmaksujen lisääminen, julkisen tuen vähentäminen	HO: Kuntaveromallista valtiovetoiseen rahoitusmalliin
Kuinka paljon	HO: Kestävyyssvajeen leikkaaminen 3 miljardilla	–	–	HO: Soten kustannusten reaalisuuden vuosikasvun rajoittaminen 0,9 %:iin 2,4 % sijaan	HO: Kansalliset hankintakeskukset, ICT-palvelut, infrapalvelut sekä talous- ja henkilöstöhallinto

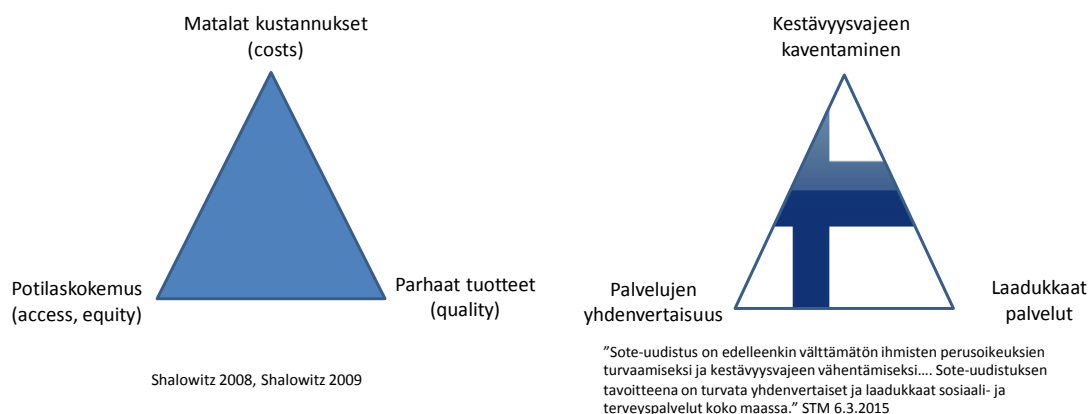
\* Kilpailuneutraliteetti tarkoittaa julkisen ja yksityisen elinkeinotoiminnan tasapuolisia toimintaedellytyksiä.

Tätä koskevan koskevan kilpailulain tavoitteena on turvata tasapuoliset kilpailunedellytykset eli kilpailun neutraalisuus julkisen ja yksityisen elinkeinotoiminnan välillä (KKV 2014).

Ketä ja mitä katetaan? Talousnäkökulma		
Inspiraatio...	...Suomesta	Teemoja kysymyksille
<i>Blueprint by Joel Shalowitz*</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Viewpoint in trends in public benefits (are benefits added or withdrawn)</li> </ul>	<i>LEAN terveydenhuollossa (Lillrank, 2013)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Olennaista on lähestyä terveydenhuoltoa toiminnallisuuden näkökulmasta tähdäten resurssien käytön optimointiin ja potilasvirran sujuvuuteen</li> </ul> <i>STM tulevaisuuskatsaus (STM 2010)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>keskeisenä keinona turvata kaikille mahdollisuus hyvinvointiin nähdään köyhyyden ehkäiseminen (150 000 köyhää vähemmän vuonna 2020)</li> </ul> <i>Sipilän hallitusohjelma (VNK 2015)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Väestölähtöinen budjetointi</li> <li>Strategisten tavoitteiden kärkihankkeiden lisäpanostus pääosin valtion omaisuustuloilla</li> </ul>	<i>Kaikki</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mitä kansallisia/alueellisia palveluita voitaisiin alueellasi poistaa ja miksi (ehkä lista asioista)?</li> <li>Pitäisikö nykyistä tehtävä- ja yksikköluokittelua muuttaa, jotta yksikönnne voisi toimia paremmin?</li> <li>Missä määrin asiakkaanne varallisuus vaikuttaa hänelle tarjottaviin palveluihin / hänen mahdollisuuksiinsa saada tarvitsemaansa palveluita (hoitokotonaisuutta silmällä pitäen)?</li> </ul> <i>Esimiehet</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Millainen paikallinen/alueellinen/kansallinen hallintomalli mielestänne turvaisi parhaiten paitsi resurssitehokkuuden, myös virtaustehokkuuden ja toiminnallisuuden?</li> </ul> <i>Omia kommentteja</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onko ongelma sittenkin siinä, että yritetään yhtä ja samaa mallia kaikille, kun tarvittaisiin esim. 7 toiminta- ja hoitusmallia samaan yksikköön? Mikä on se malli, joka mahdollistaa erilaiset toimintalogiikat ja tulonmuodostuksen samanaikaisesti?</li> </ul>

\* Shalowitz, J. (2008). "Blueprint for Understanding Complex Health Care Systems". In: Kotler, P., Shalowitz, J. and Stevens, R.: Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System, Jossey-Bass Publishers.

Kuvio 2 Shalowitzin strategisen päätöksenteon mallin soveltaminen sote-uudistukseen



Taulukossa 3 esitellään tarkasteluamme kustannuksista, sen komponenteista hinta, volyymi ja intensiteetti (tarjottava hoidon taso), sekä tarkastelun pohjalta luotuja kysymyksiä sote-henkilökunnalle. Mallin keskeisiä ansioita on sen kyky konkreettisella tavalla osoittaa ja korostaa eri komponenttien keskinäistä riippuvuutta. Lainaten Joel Shalowitzia (2009): *"However, the political consequences of manipulating each are significant and addressing one without also confronting the other two is futile."*

Taulukko 3 Kustannuksiin liittyvien kysymysten johtaminen kirjallisuudesta käyttäen Shalowitzin strategiamallia

Kustannukset		
<p><i>Blueprint by Joel Shalowitz*</i> Cost = f(price, volume, intensity), where</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Price</b> is affected by <b>demand</b> induced by user, provider, supplier, payer and/or regulator, <b>supply</b> induced by markets and/or regulations, <b>volume</b> with and/or without discounts and <b>others</b> (production costs, cost shifting principle, buyer power)</li> <li>– <b>Volume</b> is affected by <b>decisions</b> (based on professional evaluation of needs and potential choices and customer's willingness to use), <b>efficiency</b> of execution and <b>number of units</b> needed to perform activities</li> <li>– <b>Intensity</b> of service is affected by <b>level</b> of service needed, <b>drugs-devices-procedures-mix</b>, <b>in-/outpatient</b> choices</li> <li>– <b>Interdependency</b>: "however, the political consequences of manipulating each are significant and addressing one without also confronting the other two is futile"</li> <li>– <b>"The low cost strategy</b> is not just about pricing, but how it is achieved through operational efficiency and standardization."</li> </ul>	<p><i>Julkisyhteisöjen menot 2013 (Tilastokeskus 2013)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Julkisyhteisöjen (valtionhallinto, paikallishallinto, sosiaaliturvarahastot) kokonaismenot 117 mrd. €, nettokustannukset 101 mrd. € ja kulutusmenot 50 mrd.; n. 1/3 oli rahamuotoisia sosiaalietuuksia, 25 % palkansaajakorvauksia, 20 % ostopalveluita ja tavaroita ja 7 % investointeja.</li> <li>– Terveydenhuollon osuus kokonaismenoista oli 14,5 % ja sosiaaliturvan 43,1 % (vrt. yleishallinto 14,4 %), nettomenoista 13,3 % ja 47,2 % (vrt. yleishallinto 11,5 %) ja kulutusmenoista 25,7 % ja 20,2 % (vrt. yleishallinto 11,5 %)</li> <li>– Terveydenhuollon ja sosiaaliturvan kokonaismenoista 21 %/5 % katettiin myynnillä, maksuilla ja valmistuksella omaan käyttöön ja 3 % /75 % oli itselle ja muille tilitettäviä veroja ja sosiaaliturvamaksuja</li> </ul> <p><i>Hallituksen sote-esitys (HE 324/2014)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– EKSOTessa kustannuksia on säästetty toimintakäytäntöjä uudistamalla teknologiaa hyödyntäen 1,7 M€ 2010–2013 (n. 240 000 €/kunta/3 vuotta) ja laskennallisesti 9,5 M€</li> </ul>	<p><i>Kaikki</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kuka/mitkä organisaatiot vaikuttavat eniten siihen, miten toteutat annettavat palvelut?</li> <li>– Miten nykyinen taloustilanne on vaikuttanut päivittäiseen toimintaan?</li> </ul> <p><i>Esimiehet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kustannusten muodostumiseen vaikuttaa palveluiden hinta sekä tarjottujen palveluiden määrä ja laatu. A. Mikä näistä kolmesta tällä hetkellä vaikuttaa eniten kustannustenne muodostumiseen? B. Mistä näistä kolmesta teillä olisi eniten varaa tinkiä vaarantamatta toimintanne tavoitetta?</li> <li>– Mistä muutostoihinpeleistä olette havainneet, että ne tuottavat jatkuvasti taloudellisesti parempaa tulosta säilyttäen kuitenkin toiminnan laadun ja saatavuuden?</li> </ul>

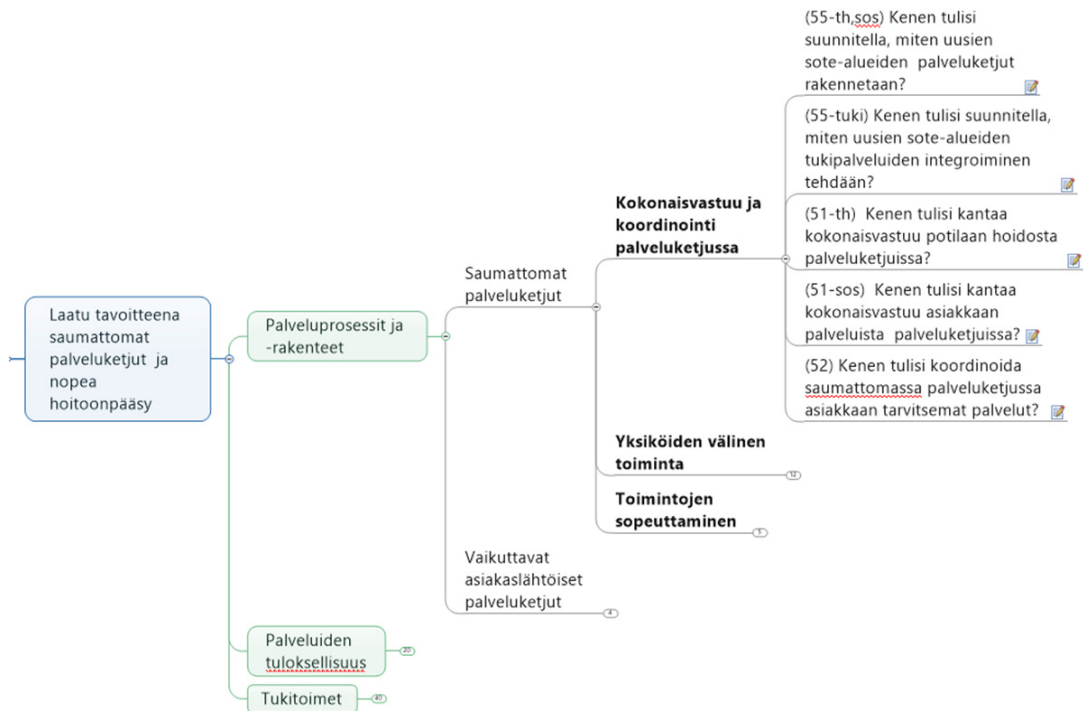
\* Shalowitz, J. (2008). "Blueprint for Understanding Complex Health Care Systems". In: Kotler, P., Shalowitz, J. and Stevens, R.: Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System, Jossey-Bass Publishers.

Syntyneet kysymykset asetimme kokonaiskehikkoon, josta selviää kunkin yksittäisen kysymyksen yhteys hallitusohjelmaan. Kaaviossa 1 on esitetty esimerkkinä laatupolun rakentuminen interaktiivisessa kehikossamme.

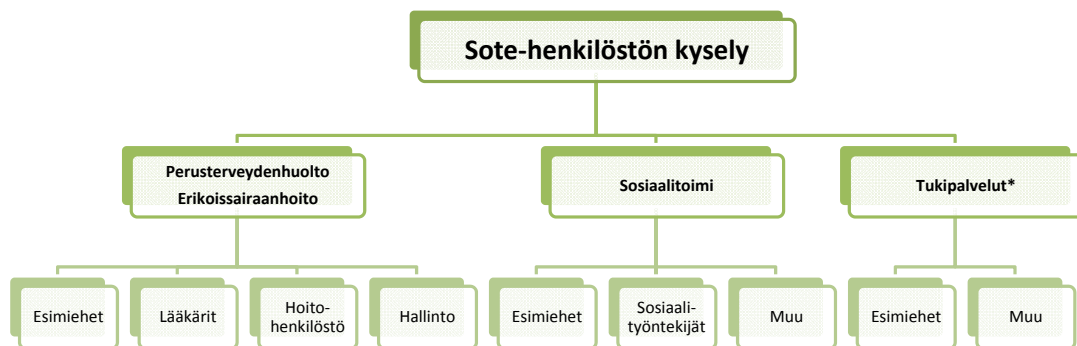
Rakensimme yhteensä runsaat 200 sote-järjestelmään ja sen uudistukseen liittyvää, kirjallisuudesta ja uudistuksen kuvauksista johdettua olennaista kysymystä, jotka soveltuvat alan ammattilaisille esitettäväksi. Kysymyksiä koostaessamme käytimme hyväksemme mm. Viitasen ym. (2007) tutkimusta sosiaali- ja terveysalan johtajuudesta ja Jokisen ja Heiskasen (2012) väliraporttia Parashankkeen henkilöstövaikutuksista.

Osaan näin kootuista kysymyksistä totesimme löytyvän riittävän hyviä vastauksia kirjallisuudesta, ja osa kysymyksistä sopii käytettäväksi siinä vaiheessa kun sote-uudistusta lähdetään implementoimaan. Karsinnan jälkeen päädyimme 82 kysymyksen peruspatteristoon, jota vielä mukautettiin yhteensä yhdeksälle eri vastaajaryhmälle (kuvio 3). Kysely suunniteltiin siten, että se kattoi kaikki tutkitun yksikön henkilöstöryhmät. Yksittäiselle vastaajaryhmälle tuleva sote-kysymysten maksimimäärä oli teemoittavat kysymykset mukaan lukien 79.

Kaavio 1 Esimerkkinä laatupolun rakentuminen hallitusohjelmasta yksittäisiin kysymyksiin



Kuvio 3 Kyselyn jakautuminen vastaajaryhmiin



\*) esim. apuvälinepalvelut, apteekkipalvelut, kuvantamispalvelut, laboratoriopalvelut, ateriapalvelut, kuljetuspalvelut, tilojen puhtaanapito ja laitoshuoltopalvelut, jne.

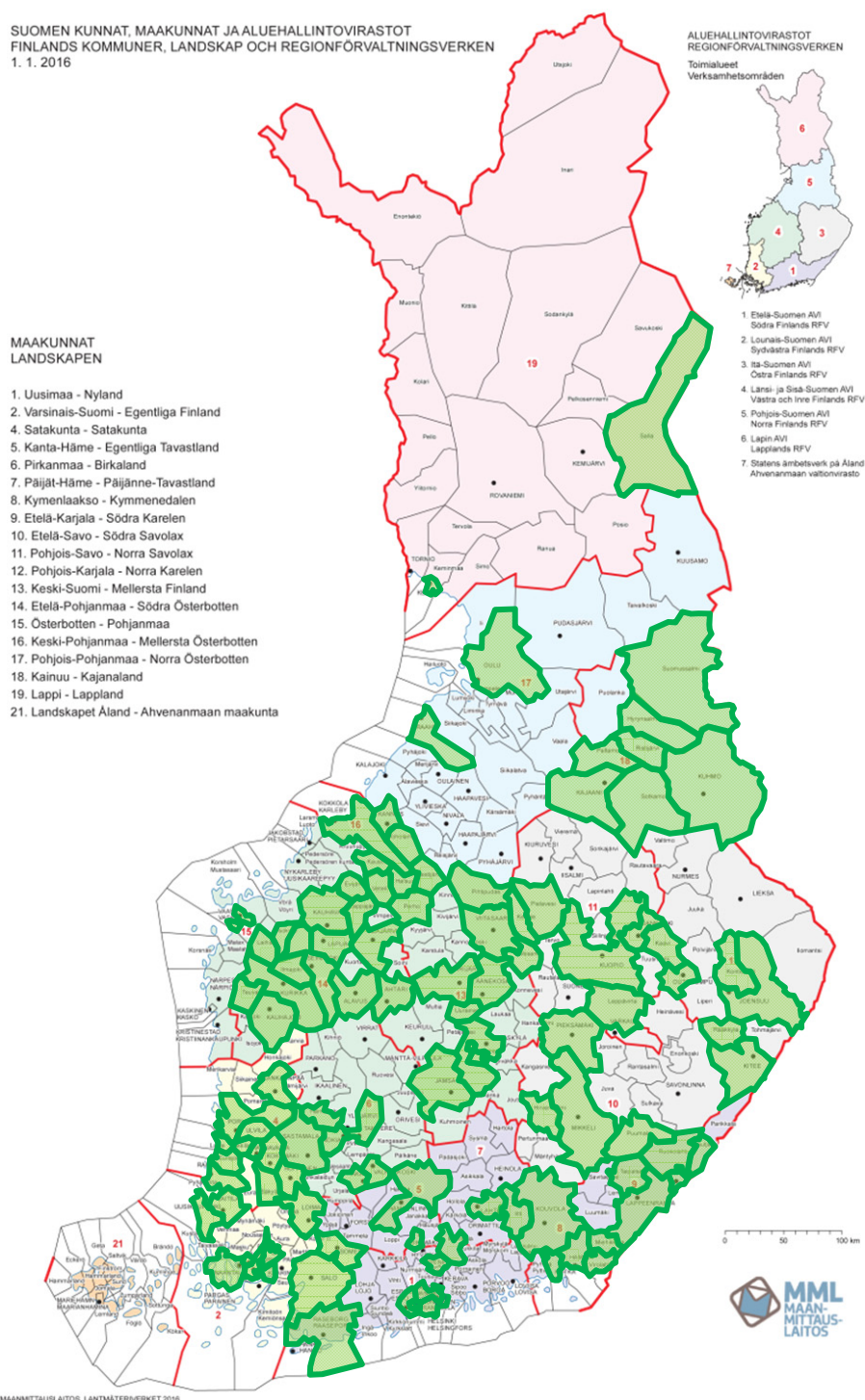
#### 4.1.3 Otannan keskeisin tavoite alueellinen edustavuus

Kyselyn haluttiin kuvastavan Suomen tilannetta mahdollisimman monipuolisesti, joten kohdeyhmiin tarkalla otantasuunnittelulla pyrittiin sekä maantieteelliseen että sisällölliseen kattavuuteen. Kustakin yliopistosairaalasta pyydettiin mukaan kaksi konservatiivista toimialaa, psykiatria ja neurologia, joilla arvioimme olevan myös selvät kytkennät sosiaalityöön. Lisäksi mukaan pyydettiin kaikki keskussairaalat, joista suurin osa myös osallistui kyselyyn. Lisäksi kustakin keskussairaalapiiristä valittiin otantana myös 1–3 kuntaa tai kuntayhtymää. Otanta valittiin katsomalla sairaanhoitopiireittäin kuntien koko, palvelutarve ja palvelutarvevakioidut menot niin, että valitut kunnat yhdessä vastaavat näiltä osin edustamansa sairaanhoitopiirin rakennetta.

Kieltäytyneille tahoille etsittiin korvaavat vaihtoehdot, jos se oli mahdollista. Kieltäytymisiin oli kaksi pääasiallista perustelua: 1. Organisaatiossa oli menossa joko strategiapäivitys tai omakysely, joten resurssit olivat akuutisti sidotut omaan kehittämiseen, tai 2. Kyselyn laajuus – arvioitu vastaamisaika 30 minuuttia työntekijää kohden – koettiin liian resursseja kuluttavana.

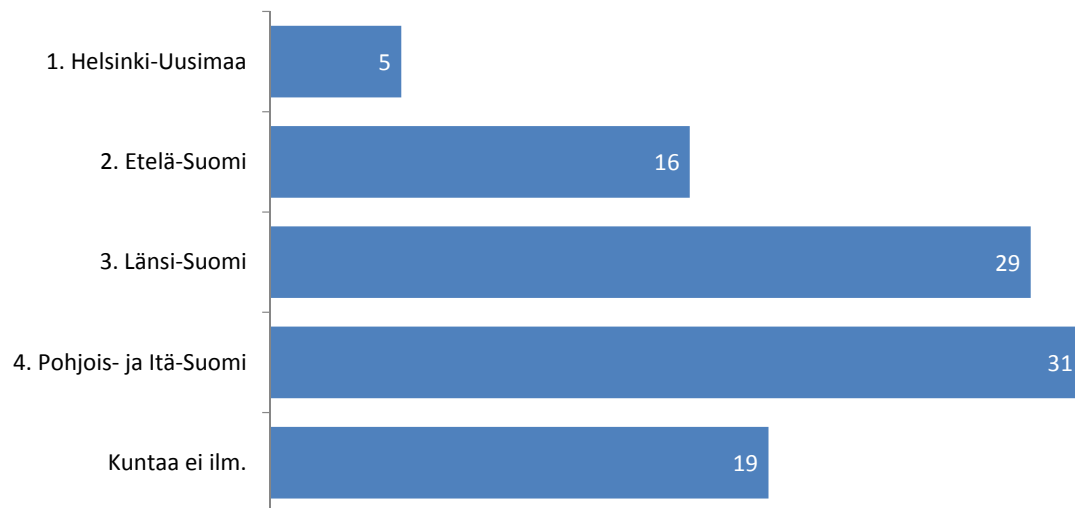
Kysely rajattiin manner-Suomeen, koska sote-uudistus ei koske Ahvenanmaata. Kyselyä ei valitettavasti voitu tarjota ruotsin- eikä saamenkielisenä. Kuviossa 4 on esitetty alueet, joiden sote-henkilöstöä on osallistunut kyselyyn; voimme todeta, että maantieteellisessä kattavuudessa on onnistuttu. Kuviossa 5 nähdään lisäksi, että myös harvaan asutuilta NUTS 2012 mukaisilta suuralueilta on saatu edustavat vastausotokset.

Kuvio 4 Kunnat, joista saatiin vastauksia



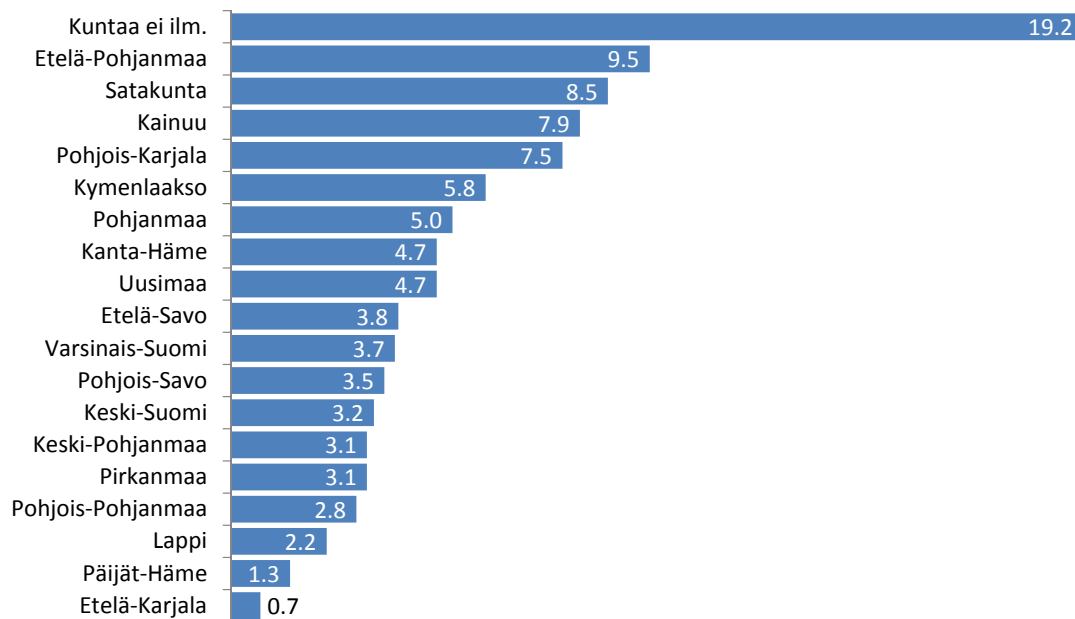


Kuvio 5 Vastaajien osuudet suuralueittain, %



Kuviossa 6 on esitetty vastaavat tiedot maakunnittain.

Kuvio 6 Vastaajien osuudet maakunnittain, %



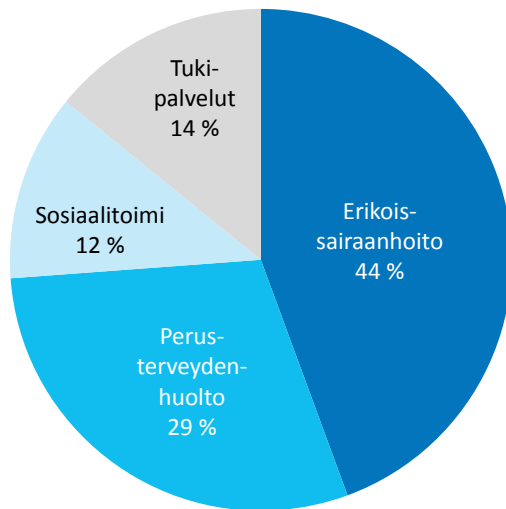
#### 4.1.4 Vahvin viesti: sote-ammattilaisilla on asiaa

Kyselyn havahduttavin löydös on vastausten lukumäärä: linkin avanneista yli 40 % vastasi vaativaan kyselyyn, yhteensä yli 2 500 vastaajaa. Alan ammattilaisilla on ilmeisen vahva halu olla mukana varmistamassa maamme sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuus myös tulevaisuudessa.

Kuviossa 7 on esitetty vastaajien jakautuminen toimialoittain. Terveystenhuollon vastaajista 60 % edusti erikoissairaanhoidtoa ja 40 % perusterveydenhuoltoa, mikä on varsin lähellä terveystenhuollon koko maan henkilöstöjakaumaa: vuonna 2013 henkilöstöstä 54 % toimi sairaalapalveluissa ja 46 % perusterveydenhuollossa (Allasmaa, 2015)



Kuvio 7 Vastaajat toimialoittain, %

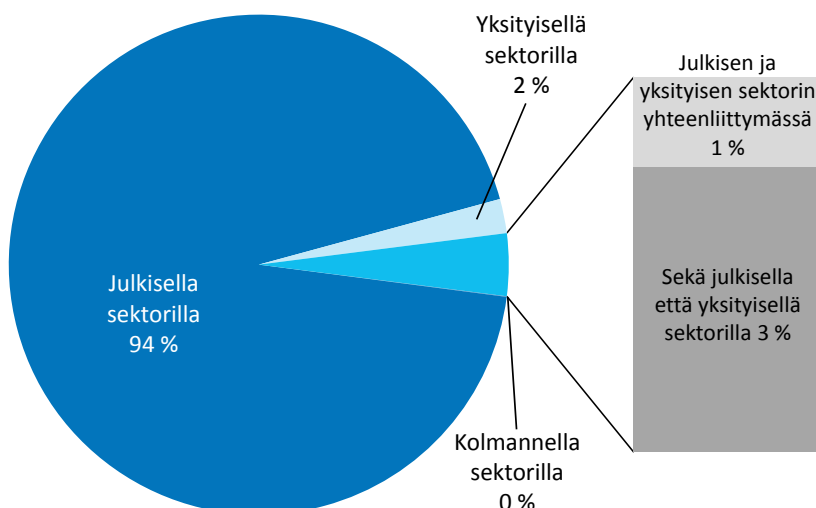


Vastaajista 12 % edusti sosiaalitoimintaa, kun maanlaajuisesti sosiaalipalvelujen henkilöstö edustaa 53 % koko sosiaali- ja terveydenhuoltoalasta (Allasmaa, 2015). Tutkimustulosten kannalta otanta on tilastollisesti riittävä, mutta matala luku liittyy sosiaalitoimen ja terveydenhuollon matalaan integraatioon: useimmissa kunnissa sosiaalitoimen ja terveydenhuollon toimialoja on lähestyttävä erikseen. Lisäksi sosiaalitoimi on määritelmällisesti paikallinen toimija, jolla ei ole keskussairaala- ja yliopistosairaalatason tyypisiä keskittyymiä.

Tukipalveluja edustivat 14 % vastaajista. Tukipalveluja olivat mm. hallinto- ja talouspalvelut, it-palvelut, laboratoriopalvelut, kiinteistönhoito ja kuvantamispalvelut. THL:n tilastoissa (Allasmaa, 2015) näitä ei ole eritelty omiksi ryhmikseen, vaan osa kuuluu terveydenhuoltoryhmään ja osa jäänee kokonaan tilastoinnin ulkopuolelle.

Julkisen sektori on 94 %:n osuudellaan selkeästi yliedustettuna (kuvio 8): koko maassa 72 % henkilöstöstä toimii julkisella sektorilla, 19 % yksityisellä sektorilla ja 9 % järjestöissä. Yksityispuolella työskenteli joko koko- tai osa-aikaisesti, edusti yhteensä 5 % vastaajista, mikä on riittävä otanta tilastolliseen analyysiin. Yksityispuolen osuus jäi kuitenkin alhaiseksi. Saimme palautetta, että kysely koettiin huonommin yksityispuolelle soveltuvaksi – tämä on voinut alentaa vastausintoa. On myös mahdollista, että yksityispuolen työntekijät eivät koe sote-uudistuksen koskettavan heitä samalla tavoin kuin julkista sektoria, ja toisaalta yksityispuolella ajankäytön mielletään ehkä tarkemmin kytkettyvän sekä omaan tulotasoon että työntajan menoihin.

Kuvio 8 Vastaajat sektoreittain, %



## 4.2 Tulokset

### 4.2.1 Laatu

#### 4.2.1.1 Palveluketjut – integraatio

Saumattomia palveluketjuja on kehitetty jo 1990-luvun lopulta lähtien, ja vuoteen 2004 mennessä lähes kaikki kunnat olivat mukana näissä kokeiluissa. Toimintaprosessien muutoksista todettiin kuitenkin jo vuonna 2005, että ne ovat vaatineet ennakoitua suurempaa työtä. Saranummen ja kumppaneiden selvitys listasi palveluketjujen integroimisen suuriksi haasteiksi saada erilaiset toimintakulttuurit sovitettua yhteen (erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, yksityiset toimijat ja kolmas sektori), sekä saada sähköinen tiedonkulku toimimaan myös järjestelmän ulkopuolisten tahojen kanssa ottaen huomioon tietosuojasäädökset (Saranummi ym., 2005). Voidaan perustellusti todeta, että oikeisiin asioihin on kiinnitetty huomioita jo yli vuosikymmen, ja olettaa, että näitä tunnistettuja ongelmia on pyritty ratkaisemaan läpi koko sote-sektorin.

Hallituksen strateginen ohjelma tunnistaa palveluketjujen integraation olevan keskeinen sote-uudistuksen tukijalka: ”Uudistus toteutetaan palveluiden täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä”, jossa digitalisaatio nähdään keskeisenä mahdollistajana (VNK, 2015). Tärkeätä työtä on päätetty jatkaa, ja seuraavassa näytämme, että tälle on sekä tarvetta että myös sote-ammattilaisten tuki.

#### Monimutkaistuvat palveluketjut vaativat jatkossakin huomiota

Kartoitimme palveluketjujen toimivuutta kahdeksan keskeisen ominaisuuden kautta (kuvio 9). Vajaa puolet vastaajista arvioi, että heidän yksikkönsä tietää kuka vastaa mistäkin osasta palveluketjussa, mutta vain viidennes vastaajista arvioi palveluketjun toimintatapojen sopivan hyvin yhteen ja aikataulujen yhteensovittamisen olevan ongelmatonta heidän yksikölleen. Integraatiolle on myös teknisiä esteitä, sillä vain 25 % vastaajista ilmoitti kaiken tiedon liikkuvan sähköisesti palveluketjun yksiköstä ja organisaatiosta toiseen.

Tulokset olivat varsin samankaltaiset läpi toimialojen kahta poikkeusta lukuun ottamatta: tuki- ja palvelut olivat odotetusti paremmin integroituneet, kun taas sosiaalipalvelut kärsivät erityisen paljon tiedonkulun teknisistä ongelmista. Tietosuojakäytännöt erityisesti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon välillä vaikeuttavat epäilemättä tiedonkulkua, ja hallitsemattoman yksilötiedon kaupallistumisen myötä on todennäköistä, että tietosuojakäytännöt muuttuvat yhä tiukemmin yksilön itsensä kontrolloimiksi (The Economist, 2014). Suomen kaltaisessa hyvin korkean yhteiskunnallisen luottamuksen

Kuvio 9 Palveluketjujen toimivuutta kuvaavat mittarit (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



maassa kehitys on osittain kansalaisen edun vastainen, koska pelko oman tiedon väärinkäytöstä saatetaan kokea vähäisemmäksi kuin hyöty siitä, että sujuva tiedonkulku tehostaa ja parantaa saatavia palveluja. Vastaavasti heikko sähköinen tiedonkulku ja myös yksilön omista tietosuojapäätöksistä johtuva vajaan tiedon välittyminen altistaa palvelun tarjoajat heistä riippumattomalle tehottomuudelle ja päällekkäisille toiminnoille. Käytännön työssä toistuvia esimerkkejä ovat jo tehtyjen tutkimusten aiheettomat toistamiset, koska potilas kieltää tietojensa jakamisen yksiköiden välillä, sekä heikosta tiedonkulusta johtuvat viiveet avunsaannissa esim. lastensuojelussa ja psykiatriassa.

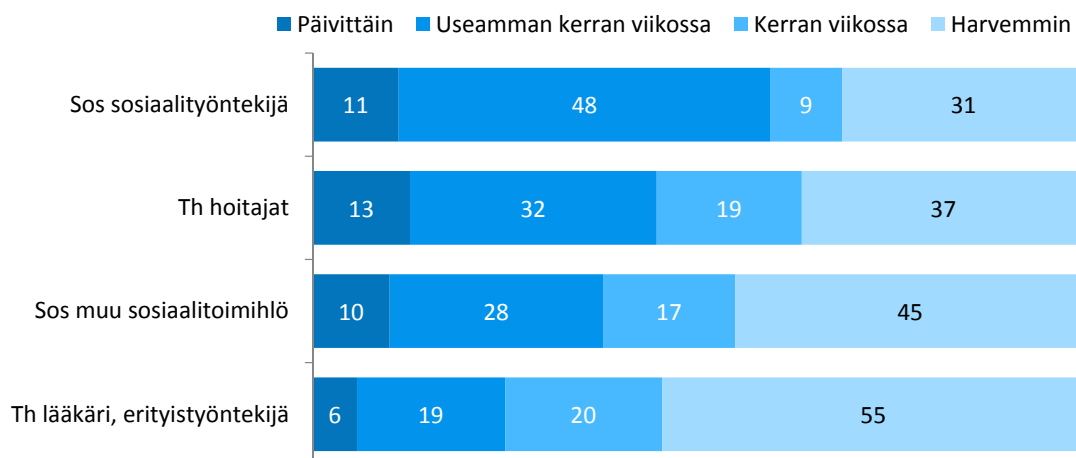
Tällä hetkellä arvioimme kuitenkin tietosuojakaikin merkittävämmäksi heikkoa tiedonkulkua selettäväksi tekijäksi sähköisten järjestelmien yhteensopimattomuuden (Kauhanen ym., 2012; Castrén ym., 2013). Ongelman ratkaisemiseksi on tehty useampia kansallisia aloitteita, joista Kansallinen terveystietokanta (Kanta) on edennyt toteutusvaiheeseensa. Kanta on kuitenkin ensisijaisesti tietovaranto eikä sen tähden itsessään vielä vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita integroituneesta digitaalisesta toiminnanohjauksesta ja vaikkapa päätöksenteon tuesta.

**Suositus 1:** Tietosuojakehityksen valossa saattaa olla perusteltua varautua myös avoimen rajapinnan kevyisiin ja ketteriin sovelluksiin kunnianhimoisten sairaanhoitopiirien laajuisten ja kansallisten sote-tietojärjestelmien täydennyksenä.

Digitaalisten palvelujen lisäksi sosiaalitoimi ja terveydenhuolto tulevat vielä pitkään tukeutumaan sekä paperiviestintään että suulliseen kommunikaatioon (Castrén ym., 2013). Pyrimme havainnollistamaan palveluketjun mahdollista rikkinäisyyttä ns. turhien puhelujen lukumäärällä (kuvio 10). Hieman yllättäen peräti 10 % vastaajista joutuu päivittäin soittamaan turhia puheluita järjestäessään asiakkailleen jatkotoimia yksikkönsä ulkopuolella, ja lääkäreistä vajaalla puolella sekä sosiaalityöntekijöistä peräti 2/3:lla ongelma on vähintään viikoittainen. Palveluketjujen hajanaisuus vaikuttaa suoraan käytännön työhön myös tavalla, joka saattaa olla vaikeasti korjattavissa yksinkertaisella digitalisaatiolla.

**Suositus 2:** On tärkeää huolehtia, etteivät prosessien kehittämisen vaatimat kulut jää budjetoimissa akuuttien tarpeiden, teknologiainvestointien ja tehostetun toiminnan jalkoihin.

Kuvio 10 Kuinka usein joudut soittamaan turhia puheluita järjestäessäsi potilaalle/asiakkaalle jatkotoimia/palvelua yksikkösi (% kysymyksen vastanneista)?



## Yhteistyötä ja kilpailua

Kansanterveyslain (Kansanterveyslaki 66/1972) voimaantulon jälkeen Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on ollut varsin vahvasti julkispainotteinen. Kuitenkin myös yksityisillä palveluntuottajilla on ollut selkeä sijaintinsa ja asemansa. Yksityinen sektori on keventänyt erityisesti julkisen perusterveydenhuollon kuormitusta ja julkinen toimija vastannut mm. komplisoituneista tapauksista. Koska myös tieto ja potilaat ovat kulkeneet vastikkeetta toimijoiden välillä, voidaan puhua hybridijärjestelmästä.

Sote-uudistus tulee murtamaan vanhat yhteistyökuviot, ja ilmassa on jopa vastakkainasettelun ilmapiiri yksityisen sektorin ajaessa voimakkaasti sekä mahdollisimman laajaa potilaan valinnanvapautta että kilpailuneutraliteettia. Tässä osiossa selvitetään sote-henkilöstön näkemyksiä rajat ylittävistä yhteistyöistä.

On intuitiivisesti ymmärrettävää, että ensisijaiset yhteistyökumppanit löytyvät omaan palveluketjuun kuuluvista muista yksiköistä (kuvio 11). Rajat yksityispuolelle ja kolmannen sektorin palveluntuottajille ovat korkeammat. Kuviosta havaitaan myös, että sosiaalityössä rajat ylittävä integraatio on voimakkaampaa kuin terveydenhuoltopuolella. Tämä heijastanee sosiaalityön yhä vahvempaa tukeutumista ostopalveluihin.

Sote-uudistuksessa tavoitellaan lisääntynyttä tuottavuutta kilpailun kautta. Ison-Britannian kokemusten perusteella on suositeltavaa kiinnittää hinta, jolloin valinnanvapauden synnyttämä kilpailu kohdistuu tarjottuun laatuun. On kuitenkin pidettävä mielessä, että lisääntynyt keskinäinen kilpailu ei välttämättä kannusta toimijoiden välisen yhteistyön syvenemiseen, s.o. hoitoketjujen täydelliseen integraatioon.

Yhdysvalloissa tehokkaimmiksi arvioidut ja paljon ihaillut terveydenhuollon toimijat, kuten Kaiser-Permanente, ovat saumattomasti integroituneita järjestelmiä, jotka rajoittavat tehokkaasti potilaitensa valinnanvapautta palveluntarjoajan suhteen. Potilas saa asioida vain Kaiser-Permanenteissa, ja potilaan yleislääkäri määrittelee potilaan mahdollisesti tarvitsemat jatkoselvitykset Permanenten erikoislääkäreillä. Kuriositeettina todettakoon, että Kaiser-Permanente rajoittaa myös ammattilaisensa valinnanvapautta siten, että he eivät saa toimia muualla kuin Kaiser-Permanenten yksiköissä.

Kyselyvastausten perusteella jää vaikutelma varsin vähäiseltä tuntuvasta yhteistyöstä vertaistukea tarjoavien sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa.

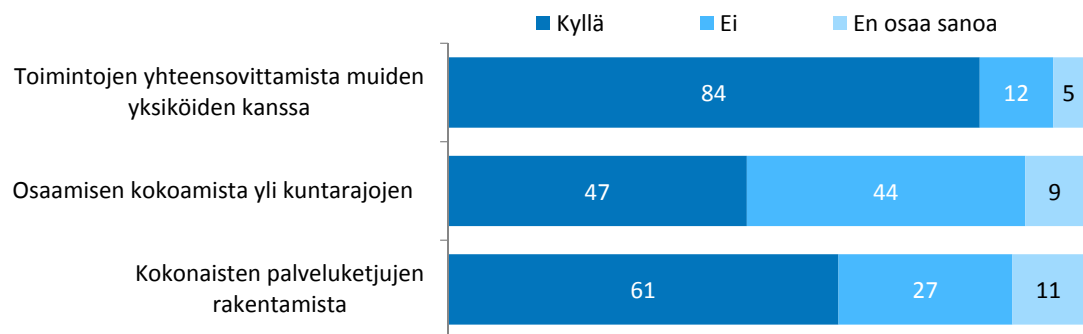
Kuvio 11 Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tärkeimmät yhteistyökumppanit (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



**Suositus 3:** Koska sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on siirtää vastuuta enenevässä määrin kansalaisille itselleen, saattaisi vertaistukijärjestöjen työn ja menetelmien kehittämisen tukeminen olla mielekästä, koska ne ovat nimenomaan suuntautuneet tukemaan yksilön omaa selviytymistä ongelmansa kanssa. Lisäksi vertaistuki suuntautuu usein kroonisesti sairaisiin, jotka myös vastaavat suurimmasta osasta sosiaali- ja terveydenhuollon menoista (ks. esim. Leskelä ym., 2013).

Integraatio-ongelmaan on myös tartuttu käytännön tasolla: yli 75 % sosiaali- ja terveydenhuoltoalan esimiehistä tekee yhteistyötä toiminnan ja/tai talouden suunnittelussa muiden palveluketjuun kuuluvien kanssa ainakin jonkin verran; vain 6 % esimiehistä ilmaisee, että he eivät tee tällaista yhteistyötä lainkaan. Toimintojen yhteensovittaminen muiden yksiköiden kanssa on jo itsestään selvyyttä, ja sekä sosiaalitoimessa että terveydenhuollossa miltei kaksi kolmasosaa yksiköistä on osallistunut kokonaisten palveluketjujen rakentamiseen (kuvio 12).

Kuvio 12 Onko yksikössäsi jo kehitetty... (% kantaa ottaneista esimiehistä)?



#### Parempi hoito motivoi sote-ammattilaisia kehitystyöhön

Sote-ammattilaiset painottavat asiakas- ja potilaskeskeisyyttä selkeän ammattimaisesta näkökulmasta. Odotukset palveluketju-uudistuksesta saatavasta hyödystä kohdistuvat vahvasti tekijöihin, joita voisi kuvata teknistyyppisiksi hoidon ja palvelun määritteiksi subjektiivisemmän asiakastyytyväisyysnäkökulman sijaan (kuvio 13).

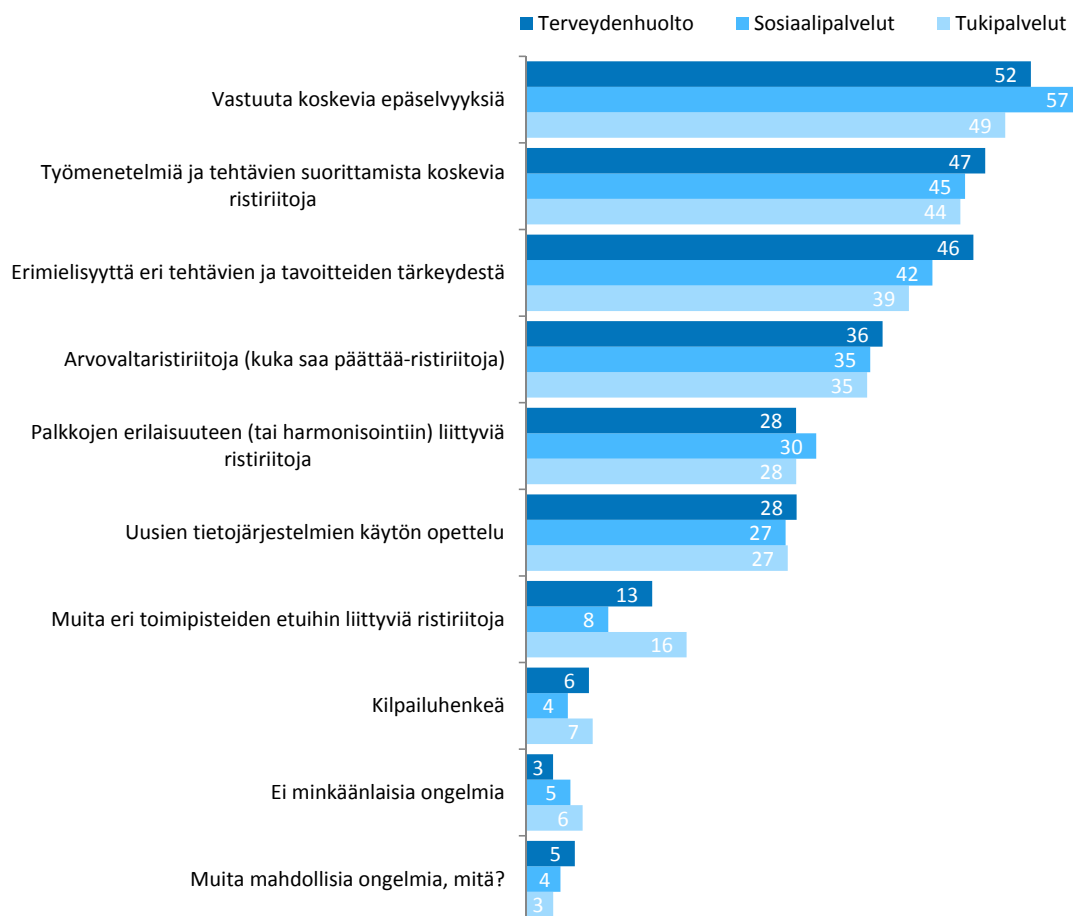
**Suositus 4:** Muutosajureina ja kannustimina ovat potilaan/asiakkaan ongelmien ratkaisu tai hoito, mikä muutosjohtajien on tärkeätä ymmärtää. On myös mahdollista, että kuluttajat asettavat kriteerinsä toisin kuin alan ammattilaiset tilanteessa, jossa kuluttajilla on täysi valinnanvapaus. Kehitystä on kuitenkin vaikea ennakoida, koska meillä ei ole valinnanvapaudesta vielä laajempaa kokemusta, ja muiden maiden kokemusten soveltaminen voi tuottaa yllätyksiä uudessa kulttuuriympäristössä. Valinnanvapauden osalta odotukset tulee kohdistaa ennen muuta saatavuuden parantamiseen.

Liittyneekö pessimistiseen kulttuuriimme se, että vain 5 % vastaajista arveli uudistuksen onnistuvan ongelmitta (kuvio 14). Jälleen kerran huolenaiheiksi nousevat hyvin selkeästi työn hyvään suoriin liittävät seikat, kun taas palkkoihin ja muihin etuihin liittyvät huolet jäävät toissijaisiksi.

Kuvio 13 Palveluketju-uudistukselta odotettavat hyödyt (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



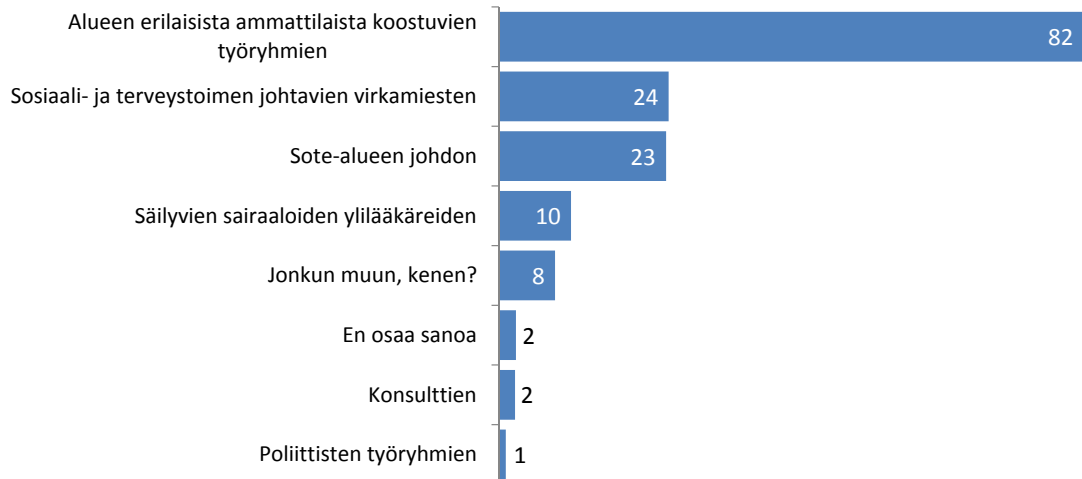
Kuvio 14 Palveluketju-uudistuksesta ennakoituja ongelmia (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



### Integrointia tulisi johtaa substanssiosaamisella

Sote-ammattilaisten näkemys on hyvin selkeä: palveluketjujen suunnittelu pitäisi antaa alueen erilaisista ammattilaisista koostuville työryhmille, eikä antaa etenkään konsulttien tai poliittisten työryhmien vastuulle (kuvio 15).

Kuvio 15 Keiden tulisi suunnitella uudet palveluketjut (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)?



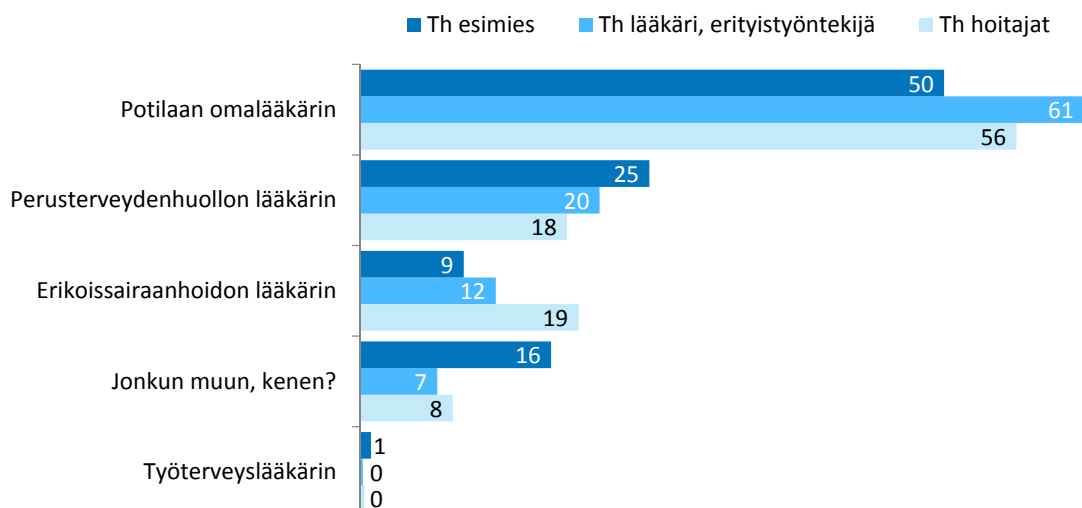
Itse hoitoketjussa kokonaisvastuu potilaan hoidosta ollaan antamassa omalääkäreille tai perusterveydenhuollon lääkäreille, mutta koordinaatiovastuuta voidaan delegoida myös hoitajille (kuvio 16). Sosiaalipuolella asiakkaan oma sosiaalityöntekijä nähtiin parhaimmaksi kokonaisvastuun kantajaksi ja koordinoijaksi.

Kyselyssä saatiin yksityiskohtaisempia näkemyksiä hoitoketjujen toiminnallisesta suunnittelusta. Haluamme tässä nostaa esiin niistä yhden erityisen huolestuttavan piirteen, jota pidämme myös indikaattorina ruohonjuuritason kuulemisen epäonnistumisesta: sekä sosiaalitoimen että terveydenhuollon henkilökunta nosti erittäin vahvasti esiin tarpeen saada turvapalvelut lähemmäksi vastaajien työpistettä.

Työntekijöiden huoli turvallisuudestaan on piirre, jota ei saisi esiintyä näin voimakkaana aloilla, joissa on altistettava itsensä sekä henkisesti että fyysisesti asiakkaan/potilaan läheisyydelle. Tällä hetkellä asiakkaille/potilaille ei esim. yksilösuojan johdosta saa suorittaa ruumiintarkastusta mahdollisten aseiden takavarikoimiseksi ennen vastaanottotilannetta.

**Suositus 5:** Työntekijöiden turvallisuutta tulee lisätä lainsäädännöllisin keinoin.

Kuvio 16 Kenen tulisi kantaa kokonaisvastuu potilaan hoidosta palveluketjuissa (% ammattiryhmien vastaajista)?



## An expert view on Integrated service chains

*Professor Shalowitz, what could we learn from service coordination and customer point of view by looking at the US healthcare providers?*

There are a lot of other very well organized and integrated healthcare systems that provide a nice seamless process of care: for example Kaiser Permanente, Geisinger, Mayo Clinic, and Cleveland Clinic. What makes these systems work from the patient and family standpoint is that there is a single point of entry and someone is responsible for coordinating care across the continuum. I think this desired benefit is what you are talking about when you say there is an advantage to 15 areas instead of the present 150. Also, with regard to 10 % of people accounting for 74 % of all costs, you could address this issue by the addition of "case managers" who work with primary care physicians to coordinate the necessary services. These case managers could be nurses, physician assistants, or social workers – depending on the exact patient needs. For example, if the needs were principally medical, a nurse or physician assistant could help coordinate the care. If, on the other hand, the needs were more in the area of social welfare, a social worker would be an excellent choice. Our medical group had experience with geriatric social workers who helped our elderly patients with such services as finding lower-cost pharmaceuticals and obtaining transportation to access medical care.

*How can government support customer oriented approach at the personnel level?*

The short answer is by providing adequate funding for both medical and social services and encouraging the formation of organized delivery systems – perhaps by special funding to get them going.

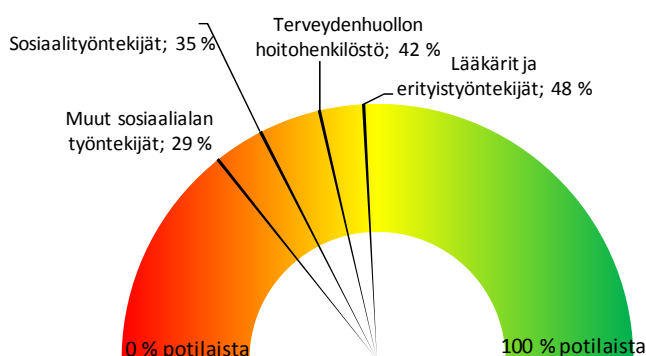
### 4.2.2 Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen

Sote-uudistuksella tavoitellaan kustannussäästöjen lisäksi enemmän terveyttä ja hyvinvointia yhteisillä varoilla. Hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti sote-järjestelmä tulee jatkossa tukemaan ennistä enemmän yksilöiden omaa vastuunkantoa omasta ja läheistensä hyvinvoinnista ja terveydestä.

#### Ennaltaehkäisy ja yksilön vastuu

Yhtenä keinona suitsia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousua on pidetty mahdollisuutta siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille nykyistä suurempi vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta mahdollisuuksia nykyistä suurempaan vastuunsiirtoon löytyy erityisesti terveydenhuollosta: lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden mukaan 48 % heidän potilaistaan kykenisi ottamaan merkittävästi lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (kuvio 17). Terveydenhuollon hoitohenkilöstön osalta arvio oli 42 % ja sosiaalityöntekijöiden osalta 35 %. Muiden sosiaalialan työntekijöiden arvio oli vieläkin alhaisempi,

Kuvio 17 Kuinka suuri osa asiakkaistanne/potilaistanne kykenee ottamaan merkittävästi lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (% asiakkaista, ammattiryhmittäinen keskiarvo)?





29 %. Sosiaalialalla erityisen alhaisia arvioita antoivat vammais- tai vanhustyössä työskentelevät, joiden arviot jäivät alle 23 %:iin.

Vastauksia selittävät sekä vastaajaryhmien erilaiset potilas-/asiakasryhmät, että terveydenhuollon ja sosiaalityön perustavanlaatuiset erot: terveydenhuollossa valtaa, ja sitä myöten myös vastuuta, on perinteisesti keskitetty ammattilaisille mm. informaatioasymmetrian vuoksi. Koska valta on lähtökohtaisesti ammattilaisilla, on alalla myös muita vastaajaryhmiä merkittävämpi vastuun siirtopotentiaali, joka näkyy erityisesti lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden arviossa. Sen sijaan sosiaalipuolella perustyö liittyy pitkälti juuri vastuun rajojen siirtämiseen, vastuun hallintaan, ja tasapainotilan optimointiin. Sosiaalialan vähäinen siirtopotentiaali kertoo siis myös siitä, että nykyinen järjestelmä ei ”ylireagoi” asiakkaiden tuen tarpeeseen.

Oulussa toteutetun selvityksen mukaan 20 % asiakkaista käyttää noin 86 % kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista ja monikanavainen rahoitus korostuu eniten palveluita tarvitsevalle 10 %:lla väestöä (Sitra ym., 2015). On oletettavaa, ettei tämä runsaasti palveluita käyttävien joukko sisälly siihen osuuteen palveluiden käyttäjiä, joilla olisi mahdollisuus lisätä merkittävästi vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Selvityksen mukaan kaikkein eniten palveluita käyttävästä kymmenyksestä eniten resursseja kuluttavat vanhus- ja vammaispalvelut sekä kalliit erikoissairanhoidon somaattiset potilaat. Käytännössä onkin hyvin todennäköistä, että vastuun siirto kohdistuu erityisesti vähemmän sote-palveluita hyödyntävään väestöön. Tällöin myös laskennallinen säästöpotentiaali pienenee jopa merkittävästi.

Avoimissa vastauksissa vastaajat totesivat, että asiakkaiden äänen tulisi kuulua kokonaisuudessaan enemmän sosiaalitoimessa. Käytännössä tämä tarkoitti, että palvelutarjonta tulisi räätälöidä nykyistä vahvemmin asiakkaiden tarpeiden mukaisesti sekä siten, että asiakkaalla olisi halutessaan mahdollisuus myös valita omaan tilanteeseensa parhaiten sopivia palveluita.

*”Usein kuulen asiakkaan lastensuojelun verkostossa erikoissairanhoidon edustajana mukana olleena, kun lastensuojelun edustaja kertoo, että meillä ei ole ”sellaista palvelua joka auttaa tähän tarpeeseen”. Nämä tilanteet ovat olleet sellaisia, joissa asiakas on kertonut omasta tilanteestaan ja arjen haastavuudesta. Esimerkiksi yhdellä yksinhuoltajaäidillä tuen tarvetta oli arjen iltoihin, jotta hän pärjäisi 4 lapsensa kanssa osastohoidosta kotiututtuaan (psykoosi, masennus). Viikonlopun tuet äiti sai itse erikoissairanhoidon sosiaalityöntekijän vahvalla tuella sovittua ystävien ja sukulaisten kanssa. Mielestäni edelleen näkyy vahvasti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen kuilu.”*

*”Vanhat, esim. yli 80-vuotiaat, monisairaajat ja runsaasti päivittäisissä toimissaan apua tarvitsevat asiakkaat toivoisivat monesti palvelukotiin. Näissä olisi ympäri vuorokauden joku läsnä, eikä elämä olisi niin turvatonta. Käytännössä kuitenkin nykyisin on paikkoja hyvin rajoitetusti, koska suositaan kotona asumista.”*

*”Lapsiperheille tulisi tarjota tasa-arvoisesti ohjaus- ja neuvonta- sekä terapia- ja kuntoutuspalveluja, tällä hetkellä alueesta riippuen on valtavat erot. Esim. matalan kynnyksen perhepalveluissa on resurssivajetta (perheneuvola) ja lastenpsykiatreja, terapeutteja ja psykologeja ei joillakin alueilla ole ollenkaan. Tällöin muilla palveluilla (lastensuojelu, lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria) joudutaan kompensoimaan tätä puutetta ja joudutaan turvautumaan tilanteiden kärjistyessä osasto- ja laitoshoidon.”*

**Suositus 6:** *On hyvä varautua siihen, että yksilön vastuuta voidaan lisätä jonkin verran terveyspalveluissa, mutta sen tuomat kustannussäästöt saattavat jäädä oletettua pienemmiksi.*

### Palveluiden yhdenvertaisuus

Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden katsottiin olevan ylivoimaisesti merkittävin asia, kun vastaajilta kysyttiin, missä asioissa valtion tulisi kontrolloida sote-alueita (79 % vastaajista). Kuitenkin sosiaalityöntekijöistä 31 % arvioi, että he joutuvat priorisoimaan, keitä auttavat. Lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden osalta vastaava lukema on 25 % ja terveydenhuollon hoitohenkilöstön osalta 19 %.

Vastaajat arvioivat, että mikäli julkisia palveluita karsitaan, ilman palveluita jäävät todennäköisimmin heikosti tarjottuun hoitoon tai apuun sitoutuvat moniongelmaiset, kaukana palveluista asuvat, sekä sellaiset, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluita (kuvio 18). Sähköisten palveluiden ulkopuolelle taas jäävät tyypillisesti vanhukset sekä tietoliikenneyhteyksien katvealueilla asuvat. Avoimessa kentässä riskiryhminä esiin nostettiin myös vähävaraiset, mielenterveyspotilaat sekä vanhukset. Vastausten perusteella palveluiden karsiminen vaikeuttaisikin suoraan kahden sote-uudistuksen keskeisen tavoitteen toteutumista – terveyserojen kaventuminen sekä alueellisen saatavuuden turvaaminen – heikentämällä eniten palveluita tarvitsevien hoitoa (moniongelmaiset) sekä lisäämällä alueellista eriarvoisuutta (kaukana palveluista asuvat). Toisaalta, tutkimustiedon perusteella palvelutarjonnan lisääminen ei, ehkä yllättäenkin, välttämättä kavenna terveyseroja (Albert ym., 2014).

Kuvio 18 Ryhmät, joilla suurin riski jäädä palveluita vaille, jos/kun julkisesti rahoitettuja palveluita tullaan karsimaan (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



Sekä sosiaali- että terveydenhuoltoalalla parhaimpina keinoina lisätä palveluiden myönteisiä vaikutuksia pidettiin potilaan/asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista, varhaista puuttumista ja tukea sekä ennaltaehkäisemistä (kuvio 19). Parhaimpina ennaltaehkäisykeinoina taas pidettiin vastaa-vasti asiakkaan kokonaistilanteen tuntemista ja varhaista puuttumista.

Käytännön tulkinnat vastauksista ovat selkeät: alan ammattilaisten mukaan parhaita hoitotulok- sia saadaan asiakkaan kokonaisvaltaisesti huomioivilla ja ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä. Asiak-kaan tilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen ja ennaltaehkäisevä ote vaativat sekä soten sisäisiä raja-aitoja ylittävää yhteistyötä että yksilökohtaista räätälöintiä. Moniammatillisen yhteistyön toimi- vuus ja tiedonkulku ovat keskiössä erityisesti runsaasti palveluita käyttävien joukossa: edellä maini- tun selvityksen mukaan palveluita eniten käyttävä 10 % asiakkaista hyödyntää keskimäärin noin viittä erilaista sote-palvelua (Sitra ym., 2015)

Kyselyvastaajien mukaan sote-ammattilaiset pitävät osaamistaan potilaan/asiakkaan kokonais- valtaiseen kohtaamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön varsin hyvinä. Kokonaisvaltaiseen kohtaami- seen kaipaa koulutusta 9 % vastaajista ja ennaltaehkäisevään työhön 13 % vastaajista. Sitä vastoin mo-

Kuvio 19 Mitä seuraavia toimenpiteitä pitäisi erityisesti lisätä nykyisestä, jotta palveluiden myönteiset vaikutukset lisääntyisivät (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)?



niämmatillinen yhteistyö nähdään haasteena: moniammatillisen toimintaan kaipasi koulutusta 30 % vastaajista.

Moniammatillinen yhteistyö nähdään siis sekä ratkaisuna että haasteena.

**Suositus 7:** Sote-uudistuksen yhteydessä on varmistettava moniammatillisen toiminnan kehittäminen osana palveluketju-uudistusta.

### Lisääkö sote-järjestelmä terveyseroja?

Hyvinvointi- ja terveyseroja on pidetty rakenteellisena tekijänä, johon yhteiskunnan tulee puuttua. Esimerkiksi koulutus- ja työllisyystilanne vaikuttaa merkittävästi siihen, millaiset edellytykset kansalaisilla on kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (Linnanmäki, 2007).

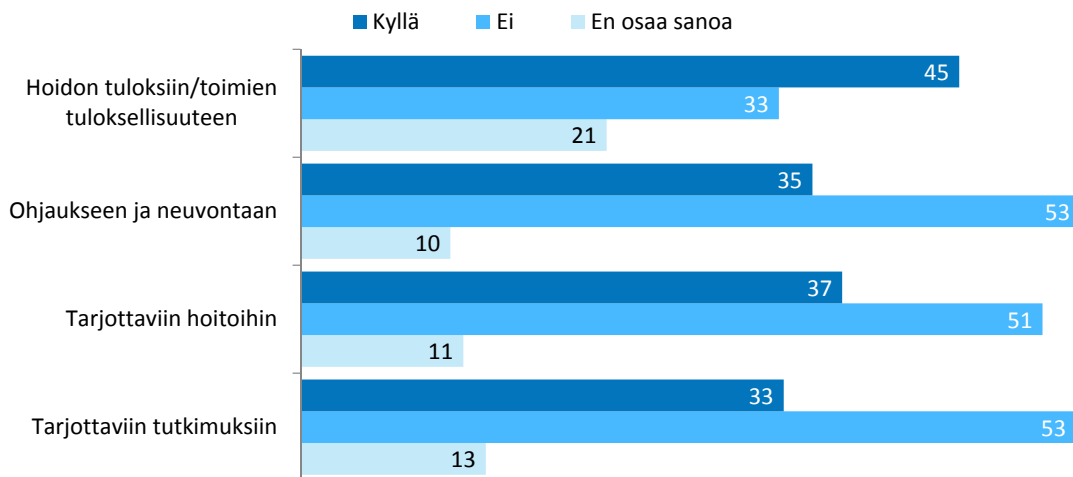
Sote-uudistusta tehdessä on myös syytä tarkastella, miten nykyinen järjestelmämme vaikuttaa hyvinvointi- ja terveyserojen syntymiseen. Kansainvälisesti on saatu useita tutkimustuloksia, joissa itse terveydenhuoltojärjestelmä myötävaikuttaa terveyserojen syntymiseen: huonommassa sosioekonomisessa asemassa oleville tarjotaan vähemmän tarvittavia tutkimuksia ja hoitoja ja lopputuloksena ovat selvästi huonommat hoitotulokset (esim. Puckrein ym., 2015; Addo ym., 2011).

Terveysten palveluiden vastaajista 45 % oli havainnut sosioekonomisen aseman vaikuttavan potilaan hoidon tuloksiin, 37 % tarjottaviin hoitoihin ja 33 % tarjottaviin tutkimuksiin sekä 35 % potilaalle tarjottavaan ohjaukseen ja neuvontaan (kuvio 20). Varsinkin lääkärit ja erityistyöntekijät näkivät, että hoidon tulokset ovat yhteydessä potilaan koulutus- ja varallisuustasoon tai sosiaaliseen asemaan.

Tasa-arvoisimpaan kohteluun uskoivat terveydenhuollon esimiehet (keskimäärin 61 % valitsi vaihtoehdon ”ei vaikutusta”). Skeptisimpiä olivat hoitajat, joiden osalta ei-vastanneiden osuus oli keskimäärin 47 %.

**Suositus 8:** Terveysten palveluiden tulosten osalta on sote-uudistusta silmällä pitäen syytä selvittää, miksi sosioekonominen asema vaikuttaa erityisesti tarjottaviin tutkimuksiin ja hoitoihin, sillä nykyjärjestelmässämme hoitosuositukset eivät tunne sosioekonomisia eroja tutkimus- ja hoitokriteereinä.

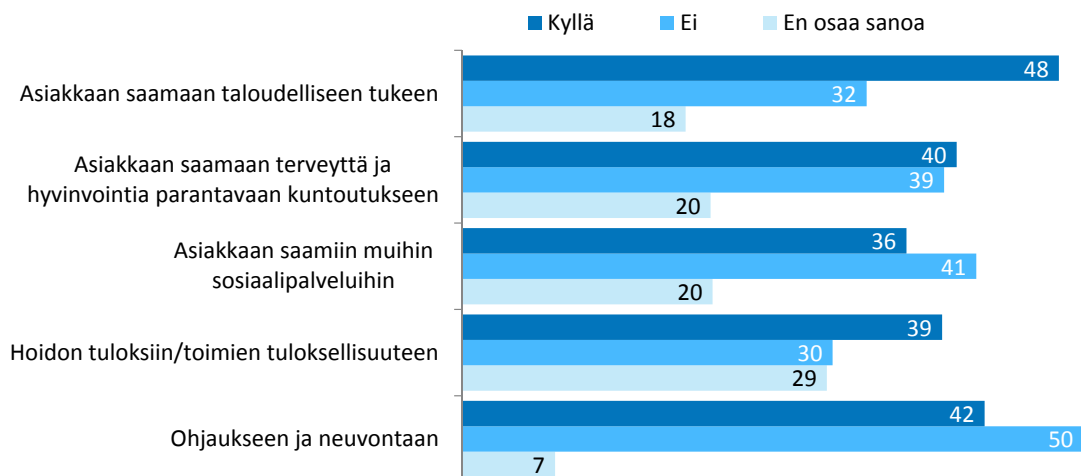
Kuvio 20 Oletko havainnut eroja siinä, vaikuttaako sosioekonominen asema terveydenhuollossa...  
(ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)?



Sosiaalipalveluiden työntekijöistä 48 % oli havainnut sosioekonomisen aseman vaikuttavan asiakkaan saamaan taloudelliseen tukeen, 42 % asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan, 40 % asiakkaan saamaan terveyttä ja hyvinvointia parantavaan kuntoutukseen ja 36 % muihin asiakkaan saamiin palveluihin (kuvio 21). Vastaajista 39 % oli havainnut sosioekonomisen aseman vaikuttavan sosiaalipalveluiden toimien tuloksellisuuteen.

Sosiaalipalveluiden osalta sosioekonomisen aseman vaikutus annettuun apuun kertoo todennäköisemmin asiakaskunnan vaikeasta tilanteesta kuin järjestelmän ongelmasta. Kuitenkin sosiaalipalveluiden henkilöstön mielestä asiakkaita tulisi lähestyä nykyistä kokonaisvaltaisemmin, heidän yksilölliset tarpeensa tulisi voida huomioida nykyistä paremmin ja asiakkaita kuulla enemmän erityisesti taloudellisiin tukiin liittyvissä asioissa. Vastaajat nostivat esille myös sen, että vanhusten palveluita järjestettäessä tulisi paitsi huomioida vanhusten omat näkemykset palveluidensa järjestämisestä, myös tukea heidän sosiaalisen verkostonsa säilymistä.

Kuvio 21 Oletko havainnut eroja siinä, vaikuttaako sosioekonominen asema sosiaalipalveluissa...  
(ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)?



## An expert view on Content of services

*Professor Shalowitz, what kind of incentives are the most efficient in motivating social welfare and healthcare personnel to concentrate more in prevention and early interventions?*

My first comment is that Finland is integrating social welfare and health care functions under one umbrella. This task was accomplished with varying degrees of success in the US in the 1980s with plans called "Social HMOs." The other type of plan with which you might be familiar is the On Lok program in San Francisco. It is a Medicaid project that has a long history of success. The On Lok program includes some essential ingredients: it takes a primary care system and adds coordinating the services that each individual requires based on health status and social situation. The funding also supports the combination of healthcare and social services.

Given this organization and funding, what incentivize the personnel can be twofold: *financial responsibility for the health care and social services* specified by the funder and *bonuses based on meeting quality targets*. For example, having total discretion of resources, the physician can order appropriate combinations of hospital, skilled nursing facility and home care as well as providing non-healthcare services such as delivery of home meals and housekeeping services. Because one of the purposes of integrating medical care and social services is to reduce cost, one measure that can be used to evaluate success is the degree of "ambulatory care sensitive" emergency room visits or hospitalizations.

In general, think about the framework for Organized Delivery Systems\*; if done correctly, that model is appropriate for what is being proposed.

*What kinds of incentives do you think would motivate best producers to shift emphasis more from treatment activities to preventive activities?*

With private organizations, the answer is: the profit motive. If there is money to be made these organizations will produce the market-driven products and services. If they realize that the important decision-makers are primary care doctors in charge of ordering products and services, they will tend to make decisions accordingly. As far as public organizations, there are government organizations and NGOs. If the former can save money by promoting preventive activities that action would certainly shift the emphasis. For Government and NGOs, response to pressure from constituencies will motivate the desired behavior. This answer implies that the pressure for action is compelling and there is effective advocacy.

\* Ks. esim. <http://content.healthaffairs.org/content/13/5/46.full.pdf+html> ja <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/aug/organizing-the-u-s--health-care-delivery-system-for-high-performance>

### 4.2.3 Kustannusten hallinta

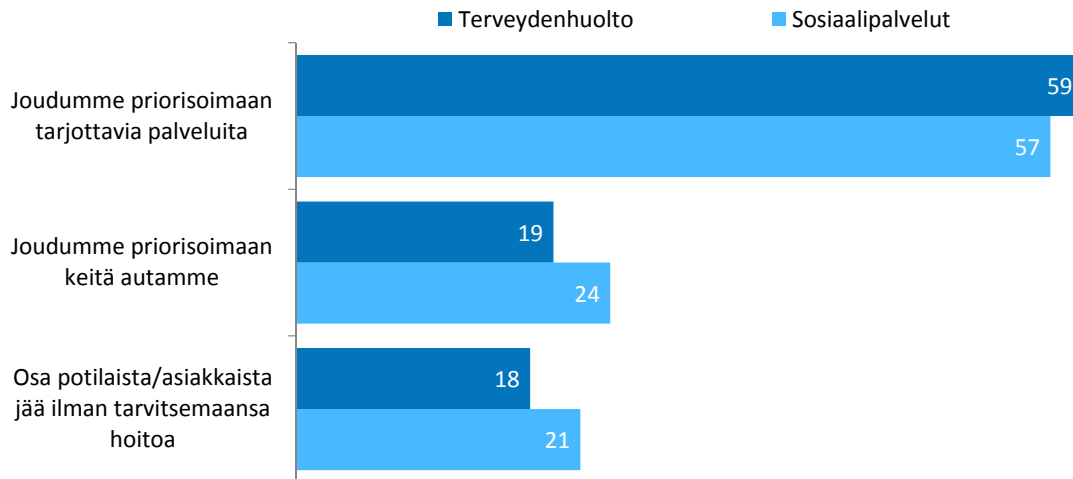
#### 4.2.3.1 Tarjonnan rajaaminen ja julkinen palvelulupaus

Sipilän hallitusohjelman ja sote-uudistuksen yksi merkittävimpiä paradigmuutoksia on julkinen palvelulupaus, jolla määritetään, mitkä julkiset sote-palvelut voidaan tarjota yhteiskunnan taloudellisen kantokyvyn puitteissa. Esimerkiksi nykyinen terveydenhuoltolaki (1. luku 4 §) lähtee siitä, että kuntien on osoitettava riittävästi varoja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja terveydenhuoltoon. Edelleen henkilöstön määrän ja rakenteen on vastattava alueen väestön tarvetta. Todellisuudessa tilanne on kuitenkin johtanut suuriin alueellisiin ja paikallisiin, saatavuuden ja määrän eroihin palvelutarjonnassa. Julkinen palvelulupaus tekee avoimeksi tämän resurssien rajallisuuden. Voidaan tulkita, että jatkossa taloudelliset ja poliittiset seikat tulevat ohittamaan osan väestön palvelutarpeesta.

### Priorisointi siirtynyt uudelle tasolle

Priorisointia on tehty sosiaali- ja terveystaloudessa aina; esim. ongelman kiireellisyys on vaikuttanut palveluiden saatavuuden nopeuteen, käytettävissä olevat resurssit tarjottujen palveluiden toteutustapaan, sekä ikä palvelujen laatuun ja määrään. Tällä hetkellä kireä taloustilanne on kärjistänyt priorisointia: nyt priorisoidaan tarjottavia palveluita ja asiakkaita ja osa potilaista/asiakkaista jää vaille tarvitsemaansa hoitoa/apua (kuvio 22). Hallitusohjelmaan sisältyvä 3 miljardin säästöavoite sote-palveluiden osalta tulee lisäämään priorisointitarvetta.

Kuvio 22 Priorisoinnin nykytila (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



### Määrästä voi tinkiä ennen kustannuksia ja laatua

Yksiköiden tulevaisuuden toiminnallisuuden kannalta on syytä miettiä, mistä karsitaan: määrästä, kustannuksista vai laadusta. Yli puolet terveydenhuollon, sosiaalipalveluiden ja tukipalveluiden vastaajista katsoi, että määrien karsiminen haittaisi yksiköiden toimintaa huomattavasti vähemmän kuin kustannusten karsiminen ja erityisesti laadusta tinkiminen. Kysyttäessä parasta tapaa lisätä palveluiden kustannusvaikuttavuutta tilanteessa, jossa tarjottavien palveluiden määrää rajoitetaan, vastaajat korostivat laadun parantamista asiakasmäärien lisäämisen ja kustannusten leikkaamisen sijaan.

Suurin osa sosiaali-, terveys- ja tukipalvelujen ammattilaisista katsoi, että heidän yksikkönsä koko nykyinen tarjonta tulee olla julkisesti rahoitettua (55 %, 58 %, 57 %). Kuitenkin osa vastaajista (15 %, 16 %, 9 %) piti mahdollisena poistaa joitakin yksikkönsä palveluita julkisesta rahoituksesta. Esimerkkeinä mainittiin terveydenhuollossa mm. hoitoon vaikuttamattomat todistukset, ei-lääketieteellisin perustein tehtävät toimet ja turhat toimenpiteet, sosiaalipalveluissa asiakkaan omavastuun lisääminen joissain palveluissa ja tukipalveluissa tietyt yksityisille toimijoille tuotetut palvelut ja hankkeet, joilla ei ole menestymisen edellytyksiä hankerahoituksen päättyessä. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että julkisia palveluita tulisi täydentää, esimerkiksi hammashoidon, erikoissairaanhoidon ja terapioiden saantimahdollisuutta laajentamalla ja ottamalla palveluihin mukaan nyt hankerahoituksella tarjottavia palveluita.

### Tarve selkeälle ohjeistukselle

Ruohonjuuritason ammattilaiset priorisoivat annettavia palveluja sekä sosiaali- että terveystaloudessa. Sitä tukevat säädökset ja erilaiset suositukset, kuten Käypä hoito ja FinOHTA-suositukset. Vuonna 2013 työnsä aloittaneen palveluvalikoimaneuvoston tehtävänä on kartoittaa suomalaista palveluvalikoimaa eli selkiyttää se, mitkä terveystaloudet kuuluvat julkisiin varoin rahoitettuihin (valinta lääketieteellisiin ja hammaslääketieteellisiin perusteluihin). Neuvosto on julkaissut ensimmäiset suosituksensa ([www.palveluvalikoima.fi](http://www.palveluvalikoima.fi)).

Priorisointia tehdään osin hiljaisesti hyväksytyillä periaatteilla (piilopriorisointi; Könönen, 2012). Tämän tyyppinen priorisointi kuormittaa henkilökuntaa ja heikentää kustannusvaikuttavuutta, vaikka tehostaakin tuottavuutta (Kulvik ym., 2013, s. 92).

Sote-järjestelmän toimivuuden kannalta nykytilanteessa, jossa resurssit eivät riitä vastaamaan tarpeisiin, on selkeä tarve avoimelle priorisoinnille: lähes kaikkien kyselyymme kantaa ottaneiden sote-ammattilaisten (99 %) mielestä sote-palvelujen priorisoinnin tulee olla läpinäkyvää ja julkista.

Siitä, käytetäänkö priorisoinnin ohjenuorana asiakkaiden tarvetta, yhdenvertaisuutta, kestäväää taloutta tai muuhun arvoon perustuvaa näkökulmaa tai niiden yhdistelmää (Myllykangas ja Ryyänen, päiväämätön), on syytä keskustella avoimesti. Kun päätöksiä julkisesta palvelulupauksesta tehdään, on huomattava, että säädöksiin ja suosituksiin tarvitaan tilannekohtaista joustavuutta, esim. eräissä erittäin standardoidussa hoitoprosessissa yli 20 %:ssa potilaista jouduttiin poikkeamaan suosituksista nimenomaan potilaan akuutin tilanteen vuoksi (Kotiranta ym., julkaisematon aineisto).

***Suositus 9:** Tarjonnan rajaaminen tulee tehdä julkisesti ja läpinäkyvästi ja sen valmistelussa ja toteutuksessa tulee noudattaa samaa julkisuusperiaatetta, mitä hallitusohjelmassa edellytetään kustannusten ja laadun osalta. Rajaamiseen tulee sisällyttää mahdollisuus poiketa siitä potilaan/asiakkaan tarpeiden niin vaatiessa.*

#### 4.2.3.2 Markkinamekanismit

Hallitusohjelmassa ja sote-uudistuksen valmisteluaineistossa nostetaan tuotantotaloudellisista mekanismeista kilpailu ja sitä tukeva laajennettu asiakkaiden valinnanvapaus sekä suuruuden ekonomia keskeisiksi keinoiksi, joilla tehostetaan julkisesti rahoitettujen palveluiden tuottavuutta, parannetaan saatavuutta ja asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja hankitaan kustannussäästöjä.

##### **Valinnanvapaus**

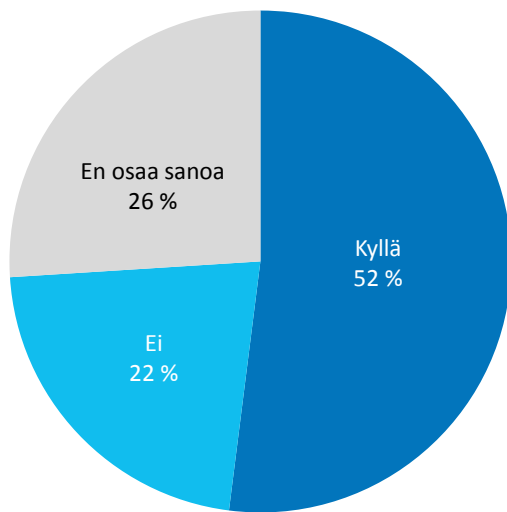
Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa tuli Suomessa voimaan vuonna 2011, kun potilaat saivat oikeuden valita oman kunnan alueelta heitä hoitavan perusterveydenhuollon yksikön ja ammattihenkilön. Julkisista varoista rahoitettu valinnanvapausuudistus koski siis ainoastaan julkisen puolen toimijoita, yksityispuolen palvelut säilyivät edelleenkin osittain Kela-korvattavina. Valinnanvapaus on sittemmin laajentunut koskemaan julkisen puolen yksiköitä kaikkialla Suomessa. Lisäksi EU-direktiivi mahdollistaa hoitoon hakeutumisen EU-maihin samoilla ehdoilla kuin Suomessa yksityispuolelle. Sote-uudistuksen yhteydessä säädettävä valinnanvapauslaki lisää asiakkaan valintavaihtoehtoihin myös yksityisen tai kolmannen sektorin toimijat.

Valinnanvapaus koskee käytännössä kiireetöntä perusterveydenhoitoa, mutta soveltuvin osin myös erikoissairaanhoidon. Sote-uudistuksen vaikutuksesta sosiaalipalveluiden valinnanvapauteen ei Suomessa ole käyty laajaa julkista keskustelua. Suomessa palvelusetelijärjestelmä on osaltaan laajentanut nykyistä valinnanvapautta. Ruotsissa ja Tanskassa esimerkiksi vanhusten hoivapalveluiden, kotipalvelujen ja työnvälityspalvelujen valinta on vapaata, ja Englannissa asiakas voi ostaa tarveharkintaisia sosiaalihuollon palveluita haluamaltaan palveluntuottajalta käyttäen hänelle määriteltä henkilökohtaista budjettia (Whellams, 2016). Valinnanvapauden kautta on pyritty purkamaan paikallisiviranomaisen monopoliasema esimerkiksi Englannissa. Yli 50 % kyselyymme vastanneista sosiaalipuolen ammattilaisista oli sitä mieltä, että valinnanvapaus pitäisi myös Suomessa ulottaa sosiaalipalveluihin (kuvio 23).

Valinnanvapauden on raportoitu lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä, palveluntarjoajien määrää ja monimuotoisuutta ja hoidon saatavuutta. Valinnanvapauteen liittyvinä negatiivisina seikkoina on mainittu mm. valintamahdollisuuksien puuttuminen harvaan asutuilla alueilla ja hoidon epätasainen jakautuminen eri sosioekonomisten potilasryhmien välillä. (Ahonen, 2015) Sen, että kaikki potilaat eivät pysty hyödyntämään valinnanmahdollisuuttaan johtuen heidän henkilökohtaisesta tilanteestaan, on arveltu lisäävän epätasa-arvoa (Tuorila, 2015). Toisaalta voidaan ajatella, että se että jotkut tekevät informoituja valintoja hyödyttää myös niitä, jotka eivät pysty tekemään valintoja: heikkoa laatua tarjoavat putoavat aikaa myöten markkinoilta.



Kuvio 23 Pitääkö sosiaalipalveluiden asiakkailla olla samanlainen valinnanvapaus kuin terveydenhuoltoon suunnitellaan (% kysymykseen vastanneista)?



Markkinaehtoisissa mallissa yhtenä uhkakuvana on se, että valinnanvapaus, konkurssit ja muut syyt voivat johtaa potilasmäärien äkilliseen vaihteluun, joka vaikeuttaa pitkäjänteistä toiminnan ja investointien suunnittelua ja lisää painetta henkilöstön työsuhteen heikennyksiin. Esimerkiksi Ruotsissa on uudistuksen jälkeen suljettu 78 palveluyksikköä, joka on 6 % niiden nykyisestä määrästä; näistä suurin osa oli yksityisiä asemia (Ahonen ym., 2015).

Ennakoimaton potilasmäärien nousu voi aiheuttaa ongelmia myös hoitoon pääsyn nopeudessa. Kyselymme perusteella palveluntarjoajilla on jo nyt vaikeuksia hoitaa alueen ulkopuolisia potilaita; toimijat ovat täystyöllistettyjä ja voivat hoitaa alueen ulkopuolisia potilaita vain siinä tapauksessa, että ”omat” potilaat tarvitsevat vähemmän hoitoa (kuvio 24). Erityisesti hoitajat (53 %) ja lääkärit (46 %) kokivat yksikkönsä olevan ylityöllistettyjä, terveydenhuollon esimiehistä pienempi osa (37 %) oli samaa mieltä.

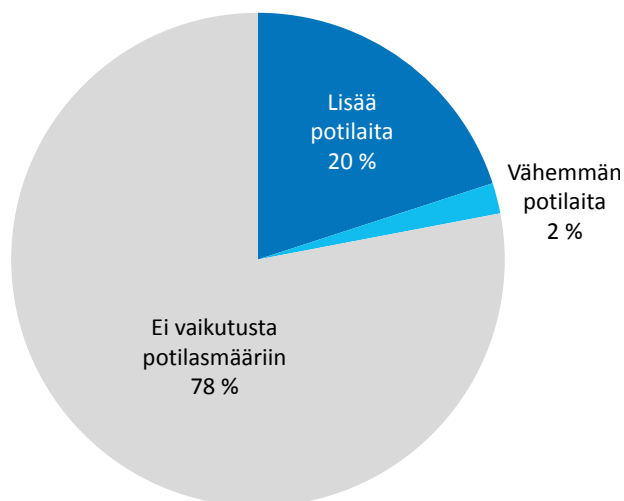
Ruotsissa noin neljännes asukkaista vaihtoi valinnanvapauden myötä terveysasemaa (Ahonen ym., 2015). Vaihtaminen on Suomessa ollut toistaiseksi maltillista: Oulussa tehdyn selvityksen mukaan vain 11 % asukkaista vaihtoi terveysasemaa 2.5 vuotta kestäneen seurantajakson aikana. Tärkein syy vaihtoon oli terveysaseman läheinen sijainti, toiseksi tärkein syy oli tyytyväisyys palveluun (Pik-

Kuvio 24 Yksiköiden mahdollisuudet hoitaa alueen ulkopuolisia potilaita (% kysymykseen vastanneista)



kujämsä ym., 2014). Muissa tutkimuksissa on havaittu, että myös vertailukelpoinen tieto palveluiden laadusta on vaikuttanut potilaiden valintapäätöksiin (Pitkänen ja Pekola, 2016). Tähän kyselyyn vastanneesta terveydenhuollon henkilöstöstä 20 % oli huomannut potilasmäärien lisääntyneen valinnanvapauden aikana (kuvio 25).

Kuvio 25 Valinnanvapauden vaikutus potilasmääriin (% kysymykseen vastanneista)



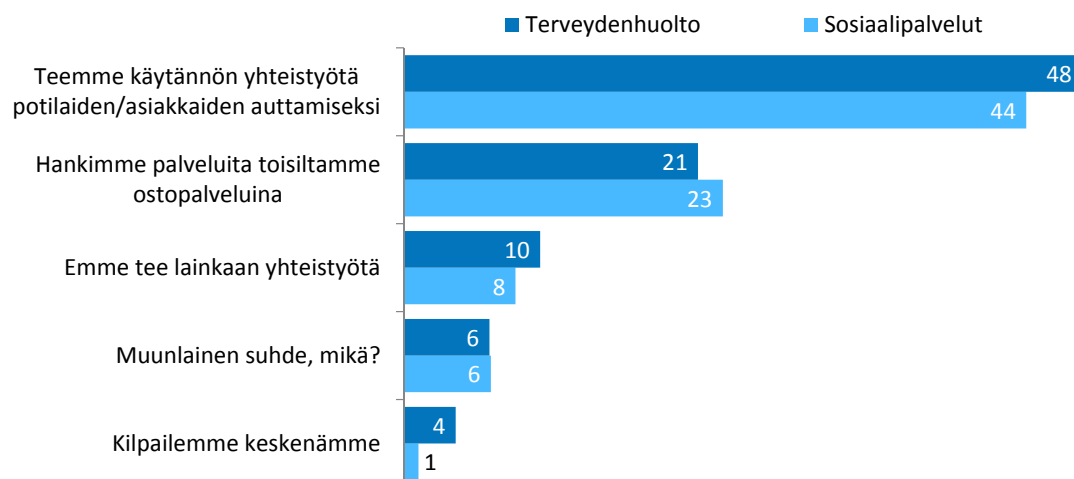
### Kilpailu

Valinnanvapaudesta johtuvan kilpailun odotetaan lisäävän eri yksiköiden toiminnan laatua ja tehokkuutta sekä kansalaisten tasa-arvoa ja hyvinvointia, sillä kilpailutilanteessa palvelut pyritään järjestämään ensisijaisesti asiakaslähtöisesti, ei tuottajan etujen mukaan (Pitkänen ja Pekola, 2016). Lisäksi kilpailun arvellaan edistävän uusien innovaatioiden käyttöönottoa ja vähentävän hoitoon pääsyn odotusaikoja (Pöysti, 2015; Pitkänen ja Pekola, 2016).

Kilpailuasetelma ei ainakaan toistaiseksi ole noussut keskiöön Suomessa: muiden palveluntuottajien kanssa tehdään pääsääntöisesti yhteistyötä tai heidän palvelujaan ostetaan. Vain muutama prosentti vastaajista koki muut palveluntuottajat kilpailijoiksi (kuvio 26).

Tällä hetkellä sillä, että kentällä on muitakin toimijoita, ei juurikaan arvioida olevan vaikutusta tehokkuuteen, laatuun tai tuotantotapoihin (kuvio 27). Keskeiseksi kysymykseksi nousee, onnistuutaanko kilpailumekanismien kautta tuomaan tilanteeseen positiivinen muutos.

Kuvio 26 Yksiköiden suhde alueen kilpaileviin tuottajiin (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



Kuvio 27 Alueen muiden toimijoiden vaikutus omaan toimintaan (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)

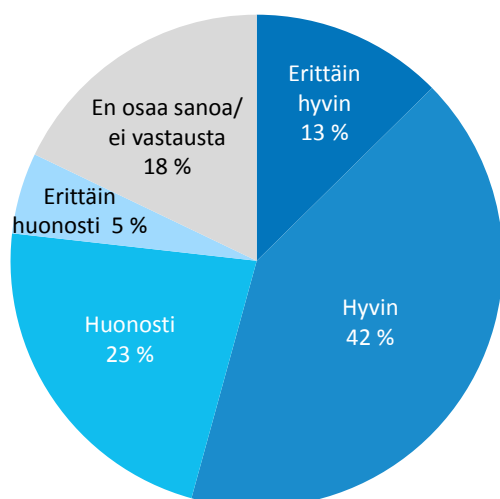


Valinnanvapaus tulee lisäämään yksityisen ja julkisen sektorin välistä kilpailua niin potilaista, osaavista työntekijöistä, sopivista toimitiloista, tonteista kuin tukitoiminnoistakin. Myös sote-alueiden sekä EU-maiden välinen kilpailu kiristyy, puhumattakaan kilpailusta sote-alueen sisällä toimivien palveluntarjoajien kesken. Tämä voi vaarantaa yhden uudistuksen tärkeimmistä tavoitteista: yhteistyöhön perustuvat sujuvat, integroidut palveluketjut.

Yli puolet sote-henkilöstöstä on sitä mieltä, että yksityinen ja kolmas sektori voivat hyvin täydentää julkisen sektorin palveluita, mutta lähes kolmasosa on eri mieltä (kuvio 28). Eniten epäilijöitä löytyy hoitajien ammattiryhmästä (38 %).

Tällä hetkellä yhteistyö eri tahojen kanssa on melko rajoittunutta, sillä vain 25 % terveydenhuollon henkilöstöstä piti yksityisiä palveluntuottajia ja 18 % kolmannen sektorin toimijoita tärkeinä yhteistyökumppaneina (ks. kuvio 11 sivulla 36). Sosiaalipuolella yhteistyö yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa koetaan jonkin verran tärkeämmäksi; tällä alalla palveluiden ulkoistaminen on jo entuudestaan tuttua, jossa vanhuspalvelu, lastensuojelu ja päihdehuolto ovat kustannuksiltaan suurimmat ostetut palvelumuodot (STM, 2012).

Kuvio 28 Missä määrin yksityinen tai kolmas sektori voi tulevaisuudessa täydentää julkisen sektorin palveluita (% kysymykseen vastanneista)?



On myös arveltu, että vaikeat asiakkaat ja epämurkavat työntekijät jäävät julkisen puolen hoidettavaksi (Alkio, 2011) ja tämä johtaa siihen, että henkilöstö siirtyy yksityiselle puolelle. Ruotsissa havaittiin valinnanvapauden alettua selkeä trendi henkilökunnan siirtymisestä yksityispuolen palvelukseen, mutta siirtymisen syitä arveltiin olevan monia (Widberg, 2012). Suomessa henkilöstö ainakin toistaiseksi arvostaa julkisella puolella työskentelyä, sillä noin 50 % vastaajista ilmoitti työskentelevänsä mieluiten julkisella puolella ja alle 10 % yksityisellä. Tähän tulokseen saattaa tosin vaikuttaa se, että vastaajista noin 90 % työskentelee tällä hetkellä julkisella puolella. Noin kolmasosalle työntekijän julkisen/yksityisen statuksella ei ollut merkitystä. Henkilöstö ei myöskään usko, että yksityinen puoli houkuttelisi parhaimmat ja kokeneimmat työntekijät, sillä 79 % vastaajista oli eri mieltä väittämän ”vain parhaimmat työntekijät valikoituvat yksityiselle sektorille” kanssa; samaa mieltä oli alle 10 %.

Terveys- ja sosiaalipuolella on herännyt pelko siitä, että suuret monikansalliset yritykset tulevat syrjäyttämään kotimaiset yrittäjät. Sote-alan henkilöstö tuntuu kuitenkin olevan lojaalia kotimaisille yrittäjille, sillä suomalaista työnantajaa arvostetaan eniten: 40 % halusi työskennellä ehdottomasti kotimaisessa ja 40 % erittäin mielellään kotimaisessa omistuksessa olevassa organisaatiossa.

Eräänä valinnanvapauden ongelmana voi olla se, että palveluntarjoajan jatkuva vaihtaminen tekee hoitoprosessista katkeilevaa eikä kenelläkään ole kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta. Kuka tällöin viime kädessä vastaa potilaan/asiakkaan hoidosta? Yli 50 % sote-henkilöstöstä kokee tulevassa palveluketju-uudistuksessa vastuuta koskevat epäselvyydet ongelmalliseksi (kuviot 29). Muita mahdollisia ongelmia ovat erot työmenetelmissä, tavoitteissa, palkoissa ja tietojärjestelmissä sekä arvovaltaristiriidat.

**Suositus 10:** Kun valinnanvapausmallia rakennetaan, valmistelussa pitää turvata palveluketjujen eheys sekä kiinnittää huomio kokonaisvastuuseen.

Kuvio 29 Henkilöstön näkemys palveluketju-uudistuksen mukanaan tuomista ongelmista (kuvion 14 kooste) (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



### Suuruuden ekonomia

Sote-uudistus tähtää sosiaali- ja terveyspalvelujen tehokkaampaan tuottamiseen laajemmissa järjestämisalueissa. Laajemmat alueet mahdollistavat resurssien tehokkaamman käytön ja kustannussäästöt mm. mittakaavaetuja hyödyntäen. Tämänhetkisten suunnitelmien mukaan järjestämisvastuu siirtyy noin 190:ltä erilliseltä organisaatiolta 18 itsehallintoalueelle ja 15 sote-alueelle.

Asukasmäärän suoraa vaikutusta kuntien sosiaali- ja terveystoimintoihin on vaikeaa määritellä, sillä näihin menoihin vaikuttavat myös mm. asukkaiden ikäjakauma ja sairastuvuus. Suuruuden ekonominen ei arvella tuovan suuria säästöjä perusterveydenhoidossa, mutta erikoissairaanhoidossa 1 000 hoitojakson lisäys on vähentänyt yksikkökustannuksia 2–4 % (Moisio, 2012). Yksikkökoon suurentaminen vaikutti parhaiten pienissä yksiköissä, sen sijaan esimerkiksi sairaalan koon kasvattaminen ei kannattanut (Moisio, 2012). Myös kansainväliset tutkimukset ovat arvioineet, että optimi sairaalan koko on noin 200–400 potilaspaiikkaa; Suomessa löytyy paljon tätä pienempiäkin yksiköitä.

Suuruus tuo hoiva- ja terveystoimintoihin monenlaisia vaikutuksia. Terveystoiminnan markkinoille pääseminen on vaikeaa, sillä tarvittavat investoinnit ovat suuria ja toimintaa ja sen laatua valvotaan erilaisin säädöksin (Ahonen, 2015). Suuremmilla yrityksillä on enemmän resursseja päästä markkinoille, mahdollisuus hajauttaa riskejä ja lisäksi niiden on helpompi rekrytoida osaavaa henkilökuntaa. Tästä esimerkkinä ovat suuren terveysaseman lääkärit, jotka saavat enemmän vertaistukea ja konsulttaatioapua kollegoiltaan kuin pienten syrjäseutujen lääkärit. Tämä kaikki vaikeuttaa pienten palveluntarjoajien toimintaa ja voi johtaa siihen, että suuremmat yritykset saavat monopolin alalla. Suuruuden tuoma vaikutus näkyy esimerkiksi Ruotsin terveyskeskuksissa: valtaosa valinnan vapautumisen jälkeen suljetuista yksiköistä on ollut pieniä palveluntarjoajia, ja yli 10 000 potilaan palveluyksiköistä vain alle prosentti on suljettu (Ahonen, 2015). Ruotsin suurin ketju kattaa 114 terveysasemaa, pienimmät toimijat ovat vain yhden terveysaseman suuruisia.

Kuvio 30 Yksikön säästömahdollisuus esimiesten arvioimana terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa (% vastaajista)



Mittakaavaetuja voidaan sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödyntää eniten yhteishankinnoilla ja yhteisillä tukitoiminnoilla kuten kuvantaminen, laboratorio, ICT, potilaskuljetus, ateriapalvelut, talous- ja henkilöstöhallinto, toimitilapalvelut ym. Myös kyselyymme vastanneet esimiehet arvioivat yhteishankintojen olevan tärkeä säästömekanismi (kuvio 30). Lisäksi terveydenhoitopuolella palvelujen laadun tehokkaammalla valvonnalla ja paikallisen erikoisosaamisen laajemmalla hyödyntämisellä uskottiin saatavan säästöjä aikaan. Sosiaalihuollon puolella erityisosaamisen keskittäminen ja tuki henkilökunnalle vastuunkannossa koettiin tärkeiksi. Kummassakin vastaajaryhmässä tilojen ja laitteiden tehostettu käyttö nähtiin mahdollisena säästökohteena.

Tällä hetkellä suunnitteilla on joko valtiollinen tai itsehallintoalueiden omistama yhteishankintayksikkö, joka voisi hoitaa niin hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden hankinnan kuin isompien hankintojen kilpailutusprosessinkin. Yhteishankintayksikön sopimusneuvottelu- ja kilpailutusosaaminen säästäisi henkilöstön voimavaroja potilas/asiakastyöhön, ja nopeuttaisi koko hankintaprosessia. Tämä olisi tärkeää, sillä kyselyymme vastanneiden esimiesten mielestä juuri hankintojen hitaus on koettu ongelmalliseksi (kuvio 31). Muita yleisiä ongelmia olivat yksikölle epäsovivien tuotteiden hankinta, ja henkilöstön mielipiteen huomiotta jättäminen hankintoja tehtäessä. Perustettavan yhteishankintayksikön tuleekin tehdä läheistä yhteistyötä ja tarvekartoitusta eri yksiköiden kanssa.

Kuvio 31 Henkilöstön mielipide hankintaprosessiin liittyvistä ongelmista (% kysymykseen vastanneista)



#### 4.2.3.3 Talouden hallinnan edellytykset

Sote-uudistuksen tausta-aineistossa professioiden kehittäminen on kytketty sekä kustannusvaikuttavuuden että kustannusten hillintään, koska ”eri ammattikuntien professioilla ja niiden käytännöillä on suuri vaikutus toimintaan” (STM ja VM, 2015).

Merkittäviä kustannuksiin vaikuttavia päätöksiä tehdään nimenomaan ruohonjuuritasolla. Esimerkiksi lääkärit joutuvat punnitsemaan jatkuvasti, miten he voivat hyödyntää käytössään olevat erilaiset resurssit parhaiten monimutkaisessa työkentässään, johon kuuluvat myös potilaiden odotukset – ruohonjuuritason konkreettisten haasteiden ja päätöksentekostrategioiden ymmärtämisen tulisi olla osa poliittisten päätösten valmistelua (Sabbatini ym., 2014).

## Kustannustietoisuus

Kustannustietoisuus on lähtökohta talousajattelun kytkemiselle eri ammattiryhmien toimintaan – henkilökunnalla, joka osaa yhdistää ja käyttää tietoa oman toimintansa ja kustannussäästöjen suhteesta, on suuri positiivinen merkitys yksiköidensä taloudelliselle tilanteelle (Caroselli, 1996). Kansainvälisesti on havaittu, että esim. lääkäreiden kustannustietoisuus voi vaihdella suuresti (Bovier ym., 2005) ja että siinä on kehittämisen varaa (Pines ym., 2013; Hernu ym., 2015).

Lähtökohtana kustannustietoisuuden arvioinnissa tulee olla käytettävät todelliset kustannukset. Vastaajajoukossamme esimiehillä oli käytettävissään merkittävästi enemmän tietoa todellisista kustannuksista säästöpäätösten tueksi kuin muulla henkilökunnalla (kuvio 32). Kuitenkin suurimmalla osalla niin esimiehistä kuin muusta henkilökunnasta oli käytettävissään vain jonkin verran tällaista tietoa. Vielä huolestuttavampaa on se, että sekä esimiesten että muun henkilökunnan joukossa oli niitä, joilla ei ollut lainkaan tietoa todellisista kustannuksista säästöpäätösten tueksi (2 %, 27 %). Muiden kuin julkisen sektorin vastaajilla oli kustannustietoa enemmän käytettävissä kuin julkisella sektorilla.

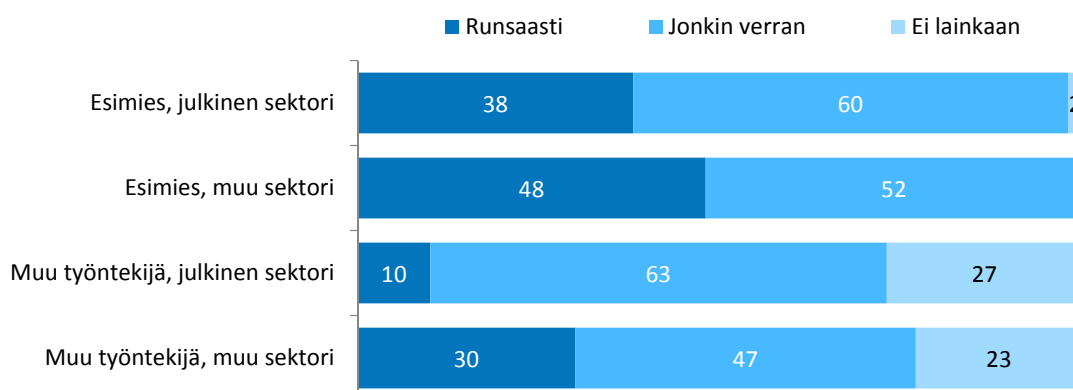
Tuoreessa kansanvälisessä tutkimuksessa havaittiin, että merkittävät leikkaukset julkisella sektorilla johtivat vain vaatimattomiin muutoksiin kliinisessä päätöksenteossa huolimatta siitä, että säästö määräykset olivat ankarat ja että käytössä oli taloudellisia sanktioita. Tämän ajateltiin johtuvan nimenomaan puutteellisesta kustannustietoisuudesta (Jakovljevic ym., 2013).

Suomalaisissa sote-palveluissa henkilökunnan ohjeistaminen kustannusten huomioimisesta on aineistossamme tavanomaista (ei ohjeita sosiaali-, terveys- ja tukipalveluissa, vastaavat keskiarvot 8 %, 17 % ja 13 %), ohjeistus puuttuu erityisesti muilta kuin esimiehiltä (kuvio 33). Ohjeet ovat tukeneet erityisesti toiminnan ja talouden johtamisesta vastaavia esimiehiä omaksumaan kustannusnäkökulman osaksi ammattitaitoaan (ka esimiehet vs. muut: terveydenhuolto 77 % vs. 36 %; sosiaalipalvelut 80 % vs. 36–39 %; tukipalvelut 72 % vs. 19 %) ja miettimään toimintansa vaikutuksia kustannuksiin (ka esimiehet vs. muut: terveydenhuolto 55 % vs. 16–20 %, sosiaalipalvelut 63 % vs. 24–31 %, tukipalvelut 62 % vs. 23 %).

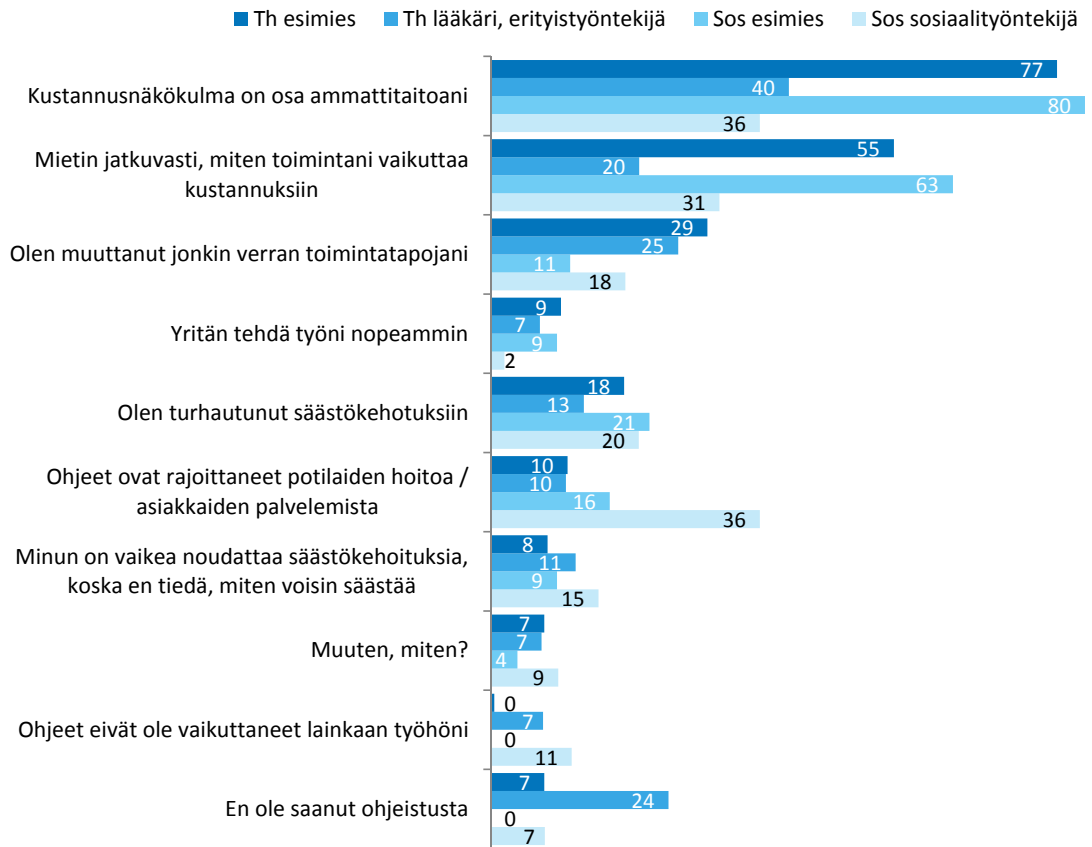
Ohjeistus on johtanut myös toimintatapojen muuttamiseen (ka sosiaali-, terveys- ja tukipalvelut 16 %, 28 % ja 20 %) tai yritykseen tehdä töitä nopeammin (ka sosiaali-, terveys- ja tukipalvelut 5 %, 7 % ja 9 %). Nykymuotoisen ohjeistuksen vaikutus tarvittaviin prosessimuutoksiin ja tuotannon tehostamiseen nähdessä on todennäköisesti yksin liian vähäistä, mutta ohjeistusta kehittämällä ja yhdistämällä sitä muihin prosessimuutoksiin ja tuottavuuden tehostamiseen vaikuttaviin toimiin tuonevat tärkeän lisän tavoitteiden saavuttamiseen.

Nykymuotoisella ohjeistuksella on käänöpuolensa: turhautuminen säästökehoituksiin (ka 18 %; erityisesti hoitajat ja muut sosiaalipalveluiden työntekijät kuin esimiehet) ja tiedon puutteesta johtuva vaikeus noudattaa niitä (ka 11 %; erityisesti hoitajat, terveydenhuollon hallinnossa työskentelevät ja sosiaalityöntekijät) tuovat ristiriitaisuutta työhön. On muistettava, että sosiaali- ja terveydenalan

Kuvio 32 Onko sinulla käytettävissäsi riittävästi tietoa todellisista kustannuksista voidaksesi tehdä mielekkäitä päätöksiä säästämisestä (% kysymykseen vastanneista)?



Kuvio 33 Ohjeet kustannusten huomioimisesta vaikuttavat professioihin, asenteisiin ja toimintatapoihin (% ammattiryhmien vastaajista)



ammattilaiset eivät ole juurikaan saaneet koulutusta säästämiseen vaan oman työnsä tekemiseen. Esimerkiksi teollisuudessa tietty virhemarginaali on hyväksytty, koska täydellisyteen pyrkiminen on liian kallista. Sosiaali- ja terveyspalveluhenkilökunta on opetettu siihen, että virheitä ei saa tapahtua ja yksi henkilökunnan vahvimista kannustimista on mahdollisimman hyvän hoidon/avun tarjoaminen asiakkaille. Säästöjä varten tarvittavaa tietoa ei ole riittävästi, ei myöskään työkaluja siihen, miten säästöjä voitaisiin tehdä eettisyys ja laatuvaatimus säilyttäen. Ei siis ihme, että tarpeelliset säästökehotukset turhauttavat ja hämmentävät. Näiden puutteiden korjaamisen tulisi olla sote-uudistuksen yhtenä kehittämiskohteena.

**Suositus 11:** Sote-henkilökunnan tulisi saada jatkuvaa koulutusta, työkaluja ja ohjeistusta siihen, miten säästöjä toteutetaan eettisyyden ja laatuvaatimusten ristipaineessa.

Kyselyssämme pyrimme selvittämään työntekijöiden arviota johtamisen ja kustannustietoisuuden suhteesta: millä johtamistasolla heidän kokemuksensa mukaan professionalismin (ammattillisuutta korostavan johtajuuden) ja taloutta painottavan managerialismin (tuottavuuden kasvua ja tulosorientaatiota korostavan johtajuuden) tulisi kohdata. Lähestyimme tätä selvittämällä vastaajien näkemystä siitä, kenen tulisi päättää kalliista, kiireettömästä hoidosta/toimesta. Ruohonjuuritasolla kysymys yhdistää kaksi näkökulmaa: tietämykset potilaan/asiakkaan saamasta nettohyödydestä ja organisaation resursseista. Vaadittavaan päätöksentekoon kytkeytyvät mm. toiminnan tavoitteet, valta sekä organisaation hierarkiarakenne ja sen toimivuus.

Terveydenhuollon vastaajamme katsoivat, että päätöksenteon tulisi kuulua ensisijaisesti hoitavan lääkärin esimiehelle (47 %) ja toissijaisesti hoitavalle lääkärille (34 %). Sosiaalipalveluissa pää-



tös kiireettömistä toimista haluttiin ohjata esimiehille (lähiesimiehet 33 %; korkein johto 24 % ja keskijohto 17 %), sen sijaan asiakkaan asioita hoitavalle sosiaalityöntekijälle valtuutukset antaisi 15 %. Nämä vastaukset viittaavat kahteen asiaan. Ensinnäkin kiireettömistä hoidoista/toimista päättävältä edellytetään kohtalaisen vahvaa kustannustietoisuutta. Toiseksi professionalismin ja managerialismin luontainen solmukohta on lähiesimiestasolla.

***Suositus 12:** Kun tietojärjestelmiä uusitaan, niiden tulee tulevaisuudessa kyetä tuottamaan reaaliaikaista tietoa, joka yhdistää toiminnan, talouden ja laadun. Tiedon tulee olla helposti käytettävissä olevassa muodossa ja riittävän yksityiskohtaista, jotta se voi tarjota niin esimiehille kuin työntekijöillekin edellytykset ottaa osaa kustannusten hallintaan.*

### Ajatuksia vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamisesta

”Toiminnan vaikuttavuus (Effectiveness) on yksinkertaisesti se nettomuutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa, joka on luettavissa toiminnan ansioksi” (Rautava ym., 2010). Vaikuttavuudessa on siis kyse onnistumisesta omassa professiossa sote-järjestelmässä: terveydenhuollossa tavoitteena on positiivinen nettomuutos terveydentilassa, sosiaalipalveluissa toimintakyvyn ylläpitäminen rajoitteista huolimatta ja tukipalveluissa sote-palveluiden tarjoamisen mahdollistaminen.

Vaikuttavuuden parantaminen nopeuttamalla hoidon/avun saamista niin sosiaali- kuin terveyspalveluissakin edellyttää vastaajien mukaan kahta asiaa: palveluketjujen kehittämistä ja resursointia. Palveluketjujen kehittämisessä on olennaista yhdenmukaistaa lähettävän ja vastaanottavan yksikön toimintatapoja ja parantaa yksiköiden välistä tiedonkulkua. Nopeampi palveluiden saaminen edellyttää myös palvelutarjonnan henkilöstöresurssin kasvattamista sekä joustovaran lisäämistä hoito- ja palveluketjuihin. Vastaajista 56 % arvioi, että palveluiden vaikuttavuus paranisi merkittävästi, jos käytettävissä olisi lisää käsipareja.

Myös työjärjestelyissä nähtiin mahdollisuuksia: 75 % vastaajista oli sitä mieltä, että toimivammilla työjärjestelyillä voitaisiin vapauttaa enemmän aikaa potilas-/asiakastyöhön. Vastaajien karkean arvion mukaan asiakkaan asioiden hoitamiseen hänen kanssaan ja ilman hänen läsnäoloaan kuluu sosiaali ja terveyspalveluissa hieman yli puolet työajasta ja tukipalveluissa n. 40 % työajasta. Hallin-

Kuvio 34 Millä keinoin voitte kehittää yksikkönne toimintaa niin, että eniten resurssianne kuluttavat potilas-/asiakasryhmät saavat palvelunsa kustannustehokkaammin (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %), ?



nolliset tehtävät ja raportointi sekä odottamiseen ja siirtymiseen kuluva aika vievät n. 40 % kaikkien toimialojen työajasta. Neljä viidestä vastaajasta oli valmis tarkastelemaan ammattiryhmien välistä työnjakoa – kokonaan työnjakoa tarkastelisi uudestaan terveydenhuollosta joka viides, sosiaalipalveluista vajaa kolmannes ja tukipalveluista reilu neljännes. Noin joka kolmas arveli, että hänen alansa työtaakkaa voisi helpottaa siirtämällä joitain työtehtäviä sellaiselle henkilöstölle, joilla ei ole alan ammatillista koulutusta, mutta joka osaisi työn.

Vaikka kustannustietoisuudessa oli parantamisen varaa, vastaajat olivat miettineet, miten voisivat tuottaa kustannustehokkaampia palveluita. Esimerkiksi suuri osa vastaajista (53 %) kertoi yksikkönsä seuraavan, mitkä potilas-/asiakasryhmät kuluttavat eniten heidän resurssejaan. Kustannustehokkaimpina keinoina auttaa tällaisia asiakasryhmiä vastaajat pitivät moniammatillista tiimityötä ja yksiköiden välisiä yhteisiä hoito-/palvelusuunnitelmia; sen sijaan sähköisiä palveluita ja sähköistä tiedonkulkua pidettiin merkittävästi vähempiarvoisena erityistä resursointia vaativien potilaiden/asiakkaiden auttamisessa (kuvio 34).

Kustannusvaikuttavuuden lisäämistä niin, että parannetaan laatua ja samalla säästetään kustannuksista, piti mahdollisena 37 % vastaajista. Esimerkkeinä mainittiin hoito- ja palveluketjujen hiominen parempaan kuntoon, työnjaon selkiyttäminen ja sähköisten palveluiden laajempi hyödyntäminen.

### An expert view on Controlling costs

Before getting to the specific questions, I want to take a closer look at the issue of increased competition. I don't know enough about the numbers and distribution of providers to comment on whether this goal is feasible. Even if there are now only 15 areas, the geographic dispersion might be so great that there is effectively no competition between some providers. Until the potential for competition is sorted out, I don't think much emphasis should be placed on cost control by this action.

*Professor Shalowitz, what should be the key topics to compete on in order to gain savings as well as meet the quality objectives?*

If there is sufficient competition, I would recommend bidding on packaged services. Recall that those packages are bundles of services organized around an episode of care. For example, if there are several places that do well performing coronary artery bypass surgery, which one will provide preoperative, in hospital and post discharge services for one fee? If you have specified the unit of service then you can more easily compare offers among different institutions. Further, this single pricing puts the provider at risk for the quality of services, since if the outcomes aren't good the provider will have to fix it at its own cost. In the following, these "bundles of services organized around an episode of care" are referred to as *organized delivery systems*\*.

*In what way could it be possible to make competition to serve social welfare and healthcare personnel in their daily activities?*

Competition might add to the work of personnel. So anything that can be done to reduce the workload would be of help. Interoperable electronic medical records have the potential for helping some of the problems. For example these records have been shown to decrease the performance of redundant tests. Helping primary care doctors coordinate care would also be very useful; this help could take the form of support personnel.

\* Ks. esim. <http://content.healthaffairs.org/content/13/5/46.full.pdf+html> ja <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/aug/organizing-the-u-s--health-care-delivery-system-for-high-performance>

## 4.2.4 Tuloksellisen toiminnan edellytykset

### 4.2.4.1 Johtajuus

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on luoda johtamiselle paremmat puitteet. Erityisenä tavoitteena nähdään tuotannon tehostaminen ja kustannussäästöjen aikaansaaminen tavoitteellisen muutosjohtamisen kautta.

#### Millaista johtajuutta kaivataan?

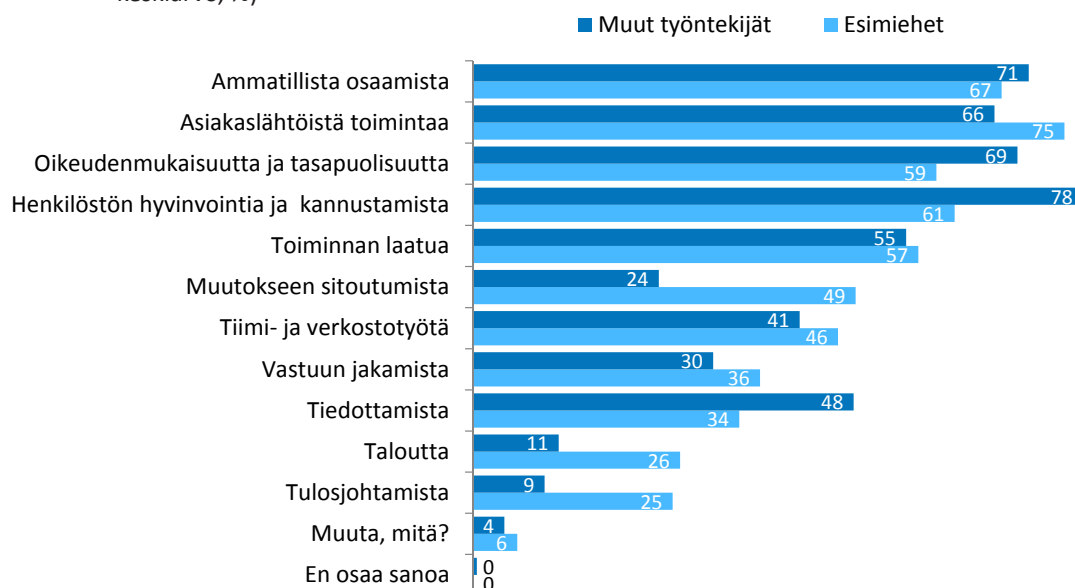
Viitanen ym. tekivät v. 2007 tutkimuksen, jolla selvitettiin sosiaali- ja terveystalouden johtajuutta tilanteessa, jossa silloista sote-järjestelmää ja johtajuutta oli uudistettu ja jolloin kentällä oli jännitteitä yleisten hallinnon uudistamispaaineiden ja vanhojen rakenteiden ja professiovaltaisen kulttuurin välillä ja ammattikuntien kesken vallitsi kilpailu (Viitanen ym., 2007). Taustalla oli johtamiskulttuurin muutos byrokraattis-professionaalista uuden julkisjohtamisen doktriinin kautta tulosjohtamiseen. Tässä selvityksessä tutkimukseen osallistuneet esimiehet katsoivat tulevaisuuden johtamisosaamisen tarpeiksi erityisesti henkilöstöjohtamisen ja vuorovaikutustaidot, oman ammattialan osaamisen, suunnittelu- ja strategiakyvyt, tietoisuuden johtamisotteesta ja kokonaisuuksien hallinnan sekä verkostojohtamisen. Talousjohtaminen ja laatujohtaminen seurasivat näitä.

Vuoden 2007 tilanteeseen verrattuna esimiestyön odotuksiin kohdistuu nyt jonkin verran muutuneita odotuksia. Kyselyssämme esimiehet nostivat henkilöstö- ja laatujohtamisen sekä ammatillisen osaamisen rinnalle viiden tärkeimmän joukkoon asiakaslähtöisyyden ja tiimi- ja verkostotyön. Muu henkilökunta valitsi samoin lukuun ottamatta tiimi- ja verkostotyötä, jonka sijaan muu henkilökunta nosti tiedottamisen. Toimialoitain oli vain hieman painotuseroja näiden tärkeysjärjestyksessä. On myös huomattava, että henkilöstöjohtamisessa oikeudenmukaisuus ja tasapuolisuus olivat kaikille tärkeää henkilöstön hyvinvoinnin rinnalla (kuvio 35).

Talous- ja tulosjohtamisen merkitys myös tunnustettiin, vaikka niiden painoarvo sote-uudistuksen johtamisessa oli selkeästi edellä mainittuja pienempi (ka 16 % ja 15 %). Esimiehet näkivät nämä selvästi tärkeämpinä kuin muu henkilökunta.

**Suositus 13:** Näyttäisi siis siltä, että rakennettaessa tulevien sote-asiantuntija-organisaatioiden johtamisjärjestelmää on aika syrjäyttää professionalismin ja managerialismin vastakkainasettelu ja toisen priorisointi ennen toista; tulevaisuuden johtamisjärjestelmissä tarvitaan kumpaakin.

Kuvio 35 Sote-muutosjohtajuudelta edellytettäviä ominaisuuksia (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



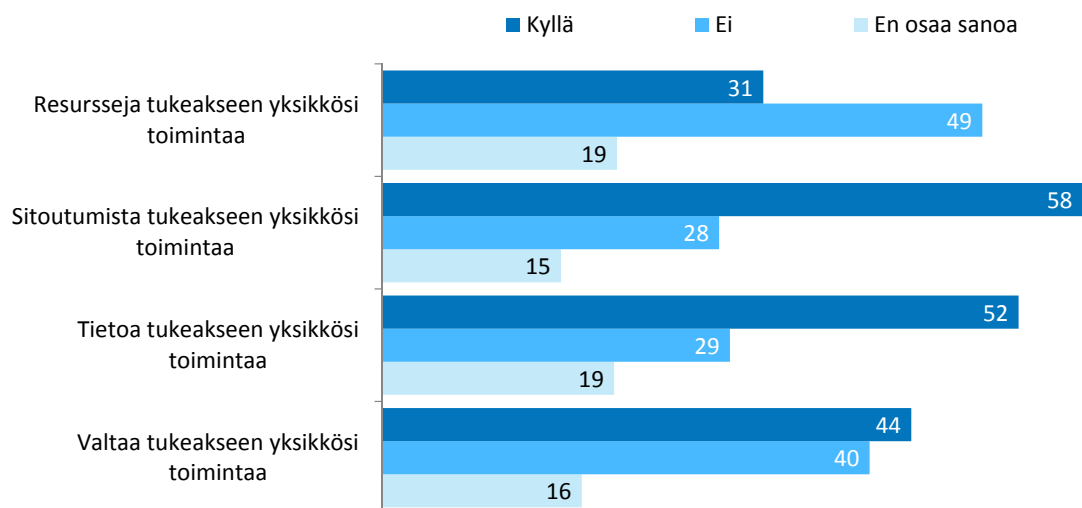
### Johtamisen edellytykset

Vallan ja vastuun delegoimisen on havaittu lisäävän tuloksellisuutta parantamalla työn hallintaa (Rehnbäck ja Keskinen, 2005). Esimerkiksi Kanterin (1993) mukaan se, että esimiehillä on samanlaisesti saatavilla tarvittava tieto, tuki ja resurssit ja käytössään aseman ja verkostojen kautta tulevaa valtaa sekä mahdollisuus edetä urallaan, edistävät työn tehokkuutta. Tämän saman on havaittu toimivan myös työntekijätasolla (Wilson ja Laschinger, 1994).

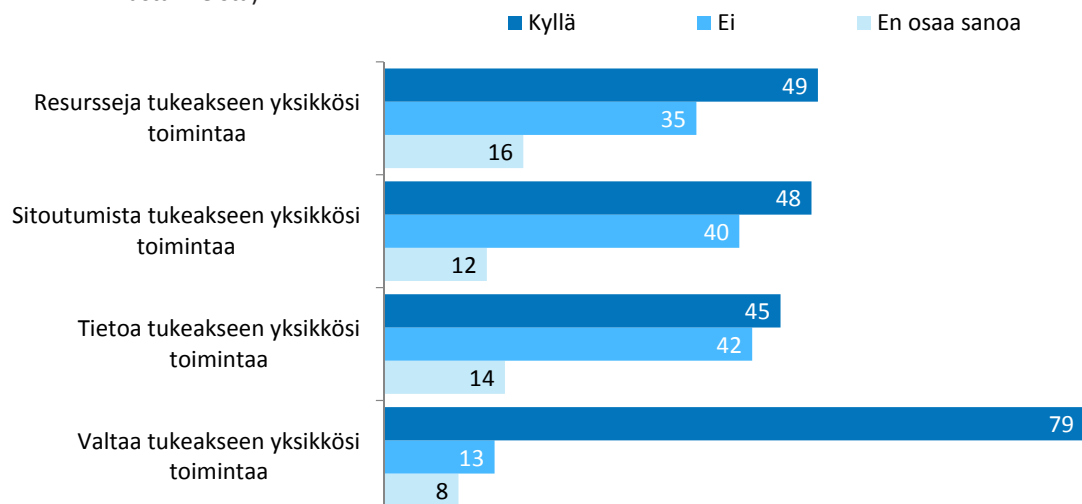
Tarkastelimme johtamisen edellytyksiä kysymällä, onko esimiehillä ja organisaation johdolla riittävästi resursseja, tietoa, sitoutumista ja valtaa yksikön toiminnan tukemiseen (kuvio 36). Kaikkien mielestä esimiesten sitoutuminen ja tieto yksikön tukemiseen oli muihin verrattuna parhaimmalla tasolla (58 %, 52 %), vaikka vajaa kolmannessa katsoi että niissä olisi parannettavaa. Sen sijaan esimiesten käytössä oleva valta jakoi mielipiteet: suurin osa esimiehistä katsoi, että valtaa on riittävästi, mutta vaikka merkittävä osa muista työntekijöistä katsoi, että esimiehillä oli riittävästi valtaa (41 %), yhtä moni oli myös sitä mieltä, että esimiehillä ei ollut sitä riittävästi yksiköiden toiminnan tukemiseen. Merkittävä osa esimiehistä (45 %) ja muista työntekijöistä (51 %) katsoi, että esimiehille ei oltu osoitettu riittävästi resursseja yksikön toiminnan tukemiseen.

Organisaation johdolla nähtiin olevan riittävästi valtaa yksiköiden tukemiseen, mutta merkittävä osuus vastanneista esimiehistä katsoi, että johdolta puuttui tietoa, sitoutumista ja resursseja yksiköiden toiminnan tukemiseen (kuvio 37). Tätä tilannetta heijastelee hieman esim. se, että vain

Kuvio 36 Esimiesten edellytykset yksiköiden toiminnan tukemiseen (% kysymykseen vastanneista)



Kuvio 37 Organisaation johdon edellytykset yksiköiden tukemiseen (esimiehet, % kysymykseen vastanneista)



8 % terveydenhuollon ammattilaisista katsoi sairaalan johdon olevan paras taho päättämään kalliista kiireettömistä hoidoista, kun taas sosiaalipalveluissa 24 % katsoi korkeimman johdon olevan paras taho hyväksymään kallis kiireetön toimi.

***Suositus 14:** Sote-uudistuksessa tulisi kehittää johtamisjärjestelmää tuottavuuden parantamiseksi niin, että lähiesimiesten valtaa tulisi vahvistaa, samoin kuin heidän käytössään olevia resursseja työn tuottavuuden lisäämiseksi. Organisaatioiden johdolla taas tulisi olla enemmän asianmukaista tietoa käytettävissään ja heidän tulisi osoittaa suurempaa sitoutuneisuutta alaistensa toimintaan.*

### **Tieto päätöksenteon pohjana**

Sote-organisaatioissa kerätään runsaasti tietoa ja siihen käytetään runsaasti aikaa: asiakastyötä tekevät vastaajat arvioivat hallinnollisten tehtävien ja raportoinnin vievän 15 % työajasta sosiaali- ja terveystaloudessa ja 21 % tukipalveluissa. Potilas- ja asiakastytytyväisyyteen, potilas-/asiakaskontakteihin ja suoritteisiin ja (hoito)toimien vaikuttavuuteen liittyvää tietoa kerättiin myös runsaasti käsin. Tämä tiedon keruu hyödytti lähes puolta esimiehistä, mutta vain joka kymmenettä muuta työntekijää työssään. Puolet muista työntekijöistä ja enemmän kuin joka kuudes esimies koki, että tiedonkeruu hyödytti heitä työssään vähän tai ei lainkaan.

***Suositus 15:** Tiedon keruussa tulisi pyrkiä paitsi mahdollisimman automatisoituihin tiedonkeruuseen, myös sellaisen tiedon keruuseen, joka hyödyttää työntekoa paljon laajemmalti.*

Viitasen ym. (2007) mukaan esimiesten tärkeimmät päätöksentekoon vaikuttavat tietolähteet olivat oma ammatillinen kokemus, potilaiden tarpeet ja vaatimukset ja oman työyksikön toimintasuunnitelmat. Lisäksi lähiesimiehillä painottuivat omilta työntekijöiltä saatava tieto ja kunta-asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset ja keski johdolla organisaation talousarvio ja sairaanhoitopiirien erilaisissa tilaisuuksissa tarjoama tieto.

Aineistossamme viisi tärkeintä esimiesten päätöksensä tueksi käyttämää tietolähdettä olivat oman organisaation päätökset, strategiat ja talousarviot, asiakkaiden ja potilaiden vaatimukset ja tarpeet, oman alan lainsäädäntö ja ministeriöiden ohjeet ja suositukset, oma ammatillinen kokemus ja omilta työntekijöiltä saatava tieto (kuvio 38).

Hallitusohjelmassa merkittäväksi tietolähteeksi on nostettu mittarit, joilla voidaan vertailla eri organisaatioiden kustannuksia ja laatua julkisesti. Tämä on merkittävä haaste, sillä esim. vaikuttavuuden mittaamisen mahdollisuudet riippuvat toimialasta (esim. sosiaalipalveluissa ensimmäinen geneerinen mittari tuli Suomeen vasta 2011; Pulliainen ym., 2012).

Viitasen ym. (2007) mukaan oman työyksikön tilastot ja mittarit olivat lähiesimiehillä sijalla 7/21 ja keski johdolla sijalla 6/22 tietolähteiden tärkeyttä ajatellen. Vastaajistamme terveydenhuollon esimiehet sijoittivat mittarit sijalle 6, sosiaalipalveluiden esimiehet sijalle 8 ja tukipalveluiden esimiehet sijalle 7 kuudentoista erilaisen tietolähteen joukossa.

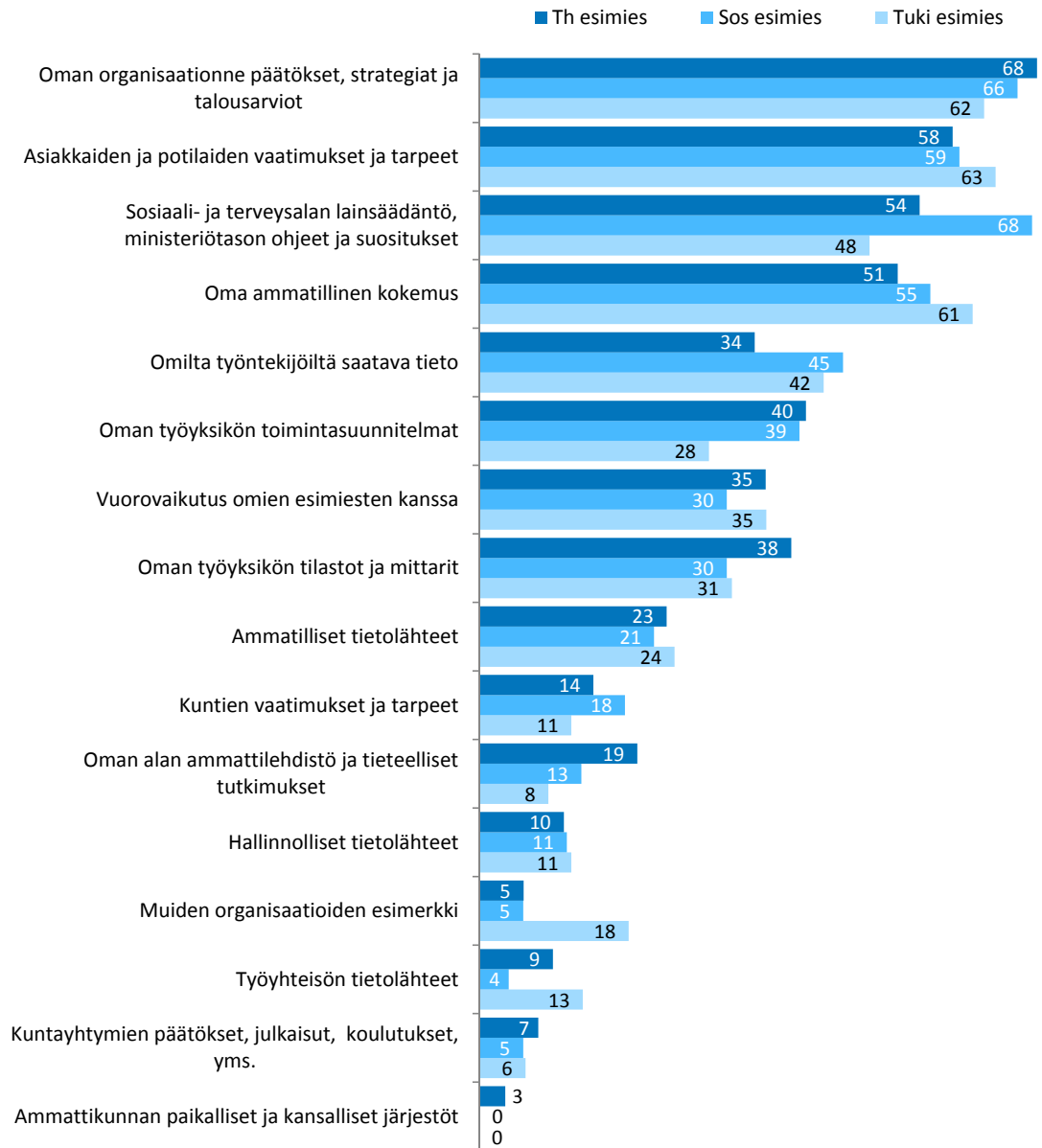
Viitasen ym. (2007) mukaan silloisten mittareiden toimivuus oli rajallista: 29 % pystyi hyödyntämään mittareita taloudellisten tulostodotusten ja henkilöstöön kohdistuvien odotusten tasapainon seurannassa, 38 % organisaation kehityssuunnan seurannassa, n. 30 % taloudellisten suoritteiden seurannassa ja n. 42 % asiakastytytyväisyyden seurannassa.

Nyt kerätystä aineistosta 80 % esimiehistä katsoi voivansa seurata taloustavoitteiden ja henkilöstön suoritteiden tasapainoa hyvin tai erittäin hyvin, 74 % katsoi voivansa hahmottaa organisaationsa/yksikkönsä kehityssuuntaa hyvin tai erittäin hyvin, 71 % katsoi voivansa seurata taloudellisia suoritteita hyvin tai erittäin hyvin ja 49 % katsoi voivansa mitata asiakastytytyväisyyttä osuvasti (kuvio 39).

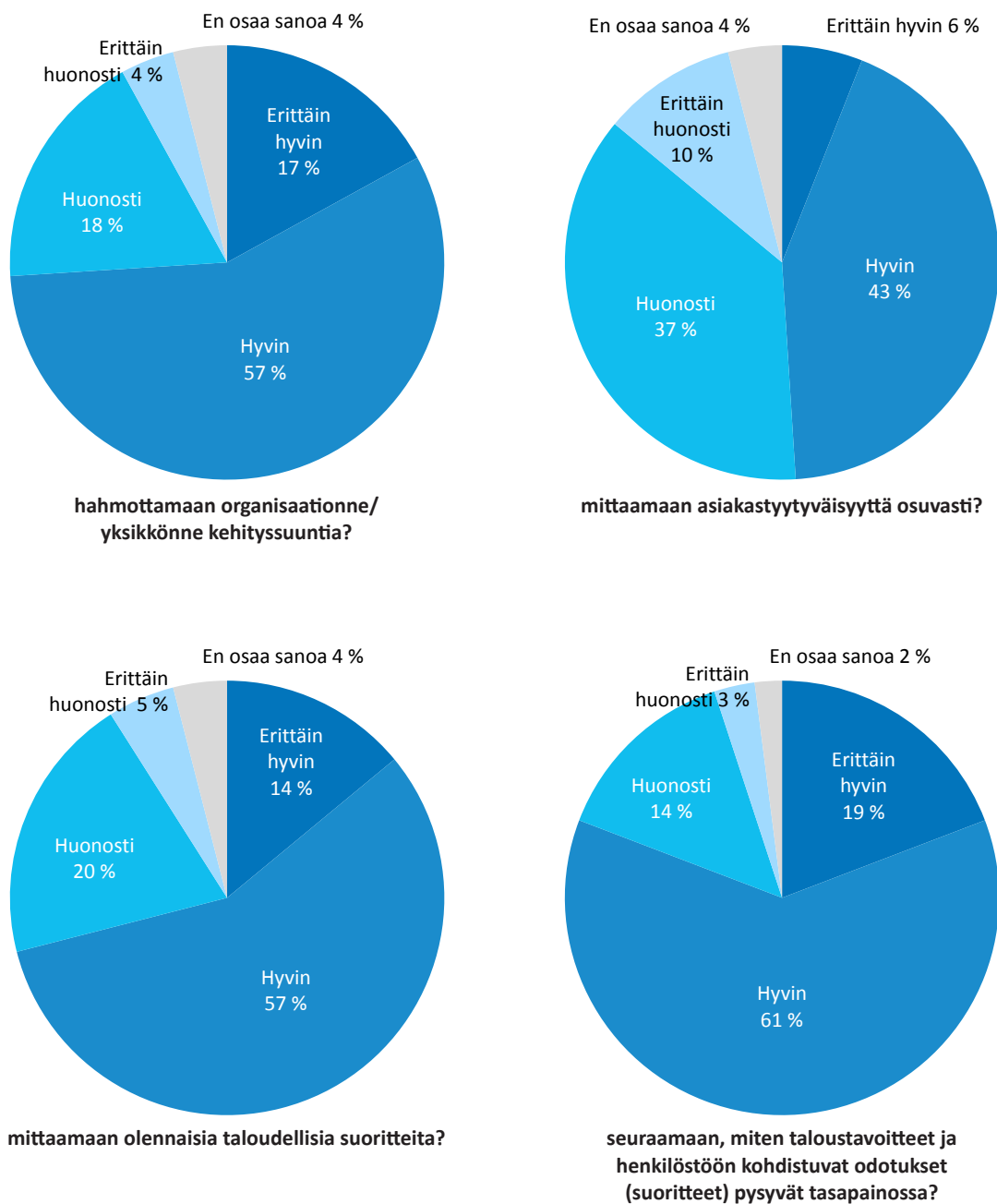
Suoritteiden ja talouden osalta mittarit ovat siis kehittyneet, mutta asiakastytytyväisyyden seurannan kehittyminen on ollut heikkoa muihin verrattuna.

**Suositus 16:** Sote-uudistuksen yhteydessä on erityistä tilausta kehittää laadullisten mit-tareiden hierarkia, joka tuottaa niin kansalliselle, organisatoriselle kuin yksikötasolle tarvittavia tuloksia toiminnan ohjaamiseksi.

Kuvio 38 Tärkeimmät esimiesten päätöksentekoon vaikuttavat tietolähteet (ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)



Kuvio 39 Missä määrin pystyt käytössäsi olevilla mittareilla... (esimiehet, % kysymykseen vastanneista)



#### 4.2.4.3 Muutoksen tekeminen

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää synkronoitua kehittämistoimintaa monella rintamalla, kuten esim. toiminnan sisällön kehittämistä, prosessien kehittämistä, hankintojen ja jake-lun kehittämistä, hallinnon kehittämistä jne. Muutoksen läpiviemiseksi tarvitaan muutoksyvykky-yden selkeä poliittinen kansallinen päämäärä, joka tulee voida muokata ymmärrettäviksi käytännön tavoitteiksi yksiköille ja työntekijöille (Saranummi ym., 2005). On myös huomattava, että suuremmat organisaatiokoot tuovat toimintaan jäykkyyttä ja uusia hierarkiatasoja, mikä voi heijastua ruohonjuu-ritasolle toimintaa hankaloittavasti (Kulvik ym., julkaisematon aineisto).

Hallituksen sote-uudistuksen valmisteluaineistossa muutokskustannuksiin on laskettu tietojär-jestelmien uudistaminen, palkkojen harmonisointi, hallinnon uudelleen organisointi ja toimitilajär-jestelyt. Sen sijaan listalta puuttuvat esimerkiksi prosessien kehittämisestä alueilla aiheutuvat panos-tamistarpeet.

### Kyky toimeenpanna muutoksia

Sote-palveluiden hierarkkinen rakenne tukee organisatoristen muutosten läpiviemistä. Suurin osa kyselymme vastanneista esimiehistä ilmoitti saavansa tiedon organisaationsa muuttuneista tavoitteista jo valmisteluvaiheessa tai heti, kun päätökset oli tehty (ka 70 %). Kaikilla toimialoilla oli kuitenkin yksiköitä, joille tieto uusista tavoitteista saapui yli 2 kuukautta päätöksenteon jälkeen. Tässä suhteessa heikoimmassa asemassa olivat terveystalvet (34 %, josta yli 3 kk päätöksen teon jälkeen 1 %) ja tukipalvelut (28 %, josta yli 3 kk päätöksen teon jälkeen 4 %); sosiaalipalveluissa tilanne oli hieman parempi (20 %, josta yli 3 kk päätöksen teon jälkeen 2 %).

Tavoitteiden vieminen käytäntöön vei odotetusti aikaa (kuvio 40). Suurin osa sai uudet tavoitteet osaksi toimintaansa 3 kuukauden kuluessa siitä, kun edellytykset tavoitteiden toteuttamiselle olivat olemassa (ka 83 %). Tässä esiintyi selkeästi toimialoittaisia eroja: tukipalveluissa 61 %, terveystalvet 52 % ja sosiaalipalveluissa 40 % pystyi alkamaan tavoitteiden toteuttamisen alle kuukauden

### Expert view on Management and Indicators

*Professor Shalowitz, what kind of valid indicators are used for measuring publicly funded service providers financial, quality and cost-effectiveness outcomes at the local, regional and national levels?*

This question and the following two require a very long and detailed answer similar to my talk on quality. Let me try to provide some brief guidelines and answers. First, while data is being gathered from individual providers and appropriate benchmarks are being determined, results should be confidential. You might also want to make participation voluntary in the beginning. Once you have adequate participation and data for benchmarking, you can then make result reporting mandatory and transparent to the public. The specific indicators will depend on a combination of national health-care priorities and the capabilities of individual providers. For example, a national priority might be to reduce the C-section rate. Obviously, this goal would only affect obstetricians. Likewise, reducing adverse cardiovascular outcomes would be a measure of internal medicine/cardiology effectiveness. Assuming that you have sufficient numbers, the scrutiny should be at the most local level because it enhances accountability.

*How have the indicators changed the way the providers work?*

If providers are brought into the indicator-setting process early, it will enhance their participation and the likelihood of success of these programs. There must also be a compelling clinical need for change. What Medicare has done is reward positive behavior and then change to a reduction in payment for lack of compliance. It is too early to tell what the overall effect of this action is. From the standpoint of pay-for-performance in other countries, the results have been somewhat variable. The NHS\* has been very successful in encouraging more physicians to enter primary care through its pay-for-performance initiatives.

*How have these indicators affected the outcome from customer's point of view?*

One very important point that needs to be made here is that patient evaluations of the quality of service consistently diverge from objective clinical measures. Organizations with high clinical performance scores most often have low patient satisfaction scores, and vice versa. If I were recommending a course of action, I would first focus on the objective clinical measures and also include such service metrics as availability and waiting times. Once those measures were under control, I would then add a patient satisfaction score. More directly, patient viewpoints related to the indicators haven't really mattered much. People often rely on word of mouth in making their provider selections.

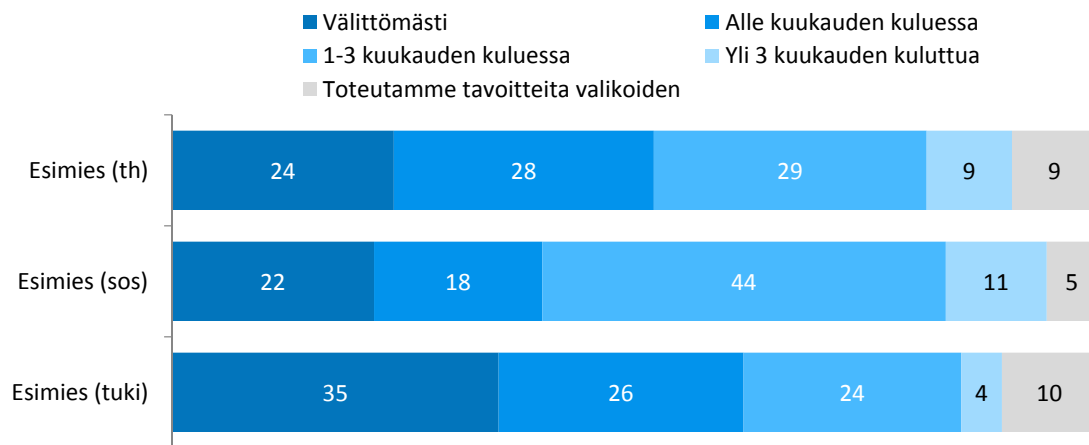
*Combining managerialism and social and welfare professionalism is challenging. Do you have any examples of how these can be successfully combined?*

Organized delivery systems can accomplish this combination very well. The reason is the organization-wide responsibility for the finances as well as clinical quality of care..

\* National Health Service (UK); ks esim. <https://www.england.nhs.uk/>



Kuvio 40 Kuinka nopeasti yksikkönne vie käytäntöön organisaationne uudet tavoitteet (esimiehet, % kysymykseen vastanneista)?



kuluessa toteuttamisedellytysten olemassa olon jälkeen. Yli kolmen kuukauden viive tai tavoitteiden harkinnanvarainen toteuttaminen koski joka kuudetta yksikköä ja muita toimialoja haastavampi tilanne oli terveyspalveluissa (th 18 %, sos 16 %, tuki 14 %).

#### Kehittämistyö yksikkötasolla ollut intensiivistä

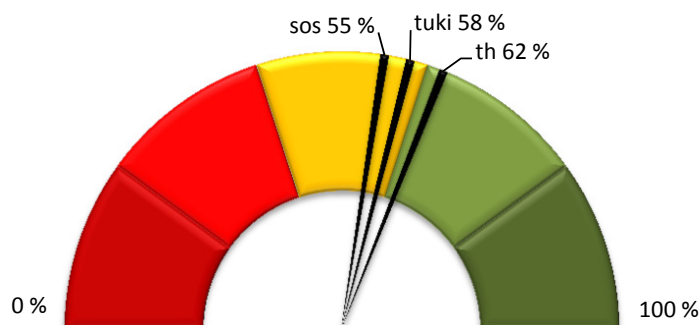
Vastaajamme kertoivat, että heidän sosiaali- ja terveyspalveluiden yksiköissään on kehitetty erityisesti (hoito)tuloksia ja asiakastytytyväisyyttä merkittävästi parantavia toimintoja (60 %), mutta myös kustannuksia merkittävästi vähentäviä toimia (44 %). Esimerkkeinä mainittiin erilaisia hoito-/tukiprosessien ja -polkujen määrittämisä ja kehittämisiä, toiminnan vaikuttavuuden parantamista, työnjakoa ja moniammatillista toimintaa sekä asiakaspalautteen perusteella tehtyä kehittämistä. Esimiehet tunnustivat kehittämistoimet muuta henkilökuntaa paremmin (th 80 % vs. 52 %; sos 66 % vs. 46 %)

Vuonna 2005 terveydenhuollon ongelmaksi nähtiin se, että tehtiin paljon selvityksiä ja valmistelutyötä, mutta asioiden toteuttaminen jäi puolitehien (Saranummi ym., 2005). Kyselymme perusteella tämä tilanne on ruohonjuuritasolla parantunut: yli puolet yksiköiden kehittämishankkeista johti toiminnan pysyvään muutokseen (kuvio 41).

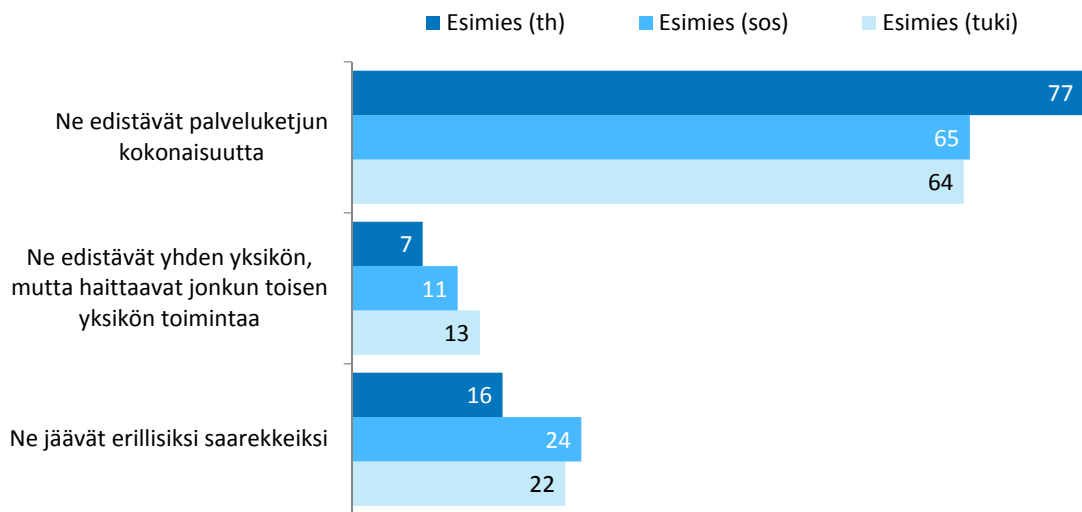
Toisena ongelmana v. 2005 pidettiin sitä, että kehitystyötä tehtiin yksiköiden sisällä ja muualta tulevat ehdotukset ”tyrmättiin” vetoamalla mm. oman toiminnan paikallisuuteen ja ainutlaatuisuuteen (Saranummi ym., 2005). Tänä päivänä, kun palveluketjujen kehittämistä on tehty lähes 20 vuotta, tilanne on muuttunut. Aineistossamme suurin osa kehittämistoimista edisti palveluketjujen kokonaisuutta (69 %; kuvio 42).

Huolimatta siitä, että sosiaali- ja terveyspalveluissa on jo ryhdytty kehittämään hallitusohjelmassa peräänkuulutettuja asioita ja muutoskyvykyys näyttäisi parantuneen ja kehittämistyössä kat-

Kuvio 41 Esimiesten arvio siitä, kuinka usein kehittämishankkeet johtavat pysyvään muutokseen (% hankkeista, ammattiryhmittäinen keskiarvo)



Kuvio 42 Miten kehittämistoimenpiteet yleensä asettuvat yksikköne toiminnan kokonaisuuteen (% kysymykseen vastanneista)?



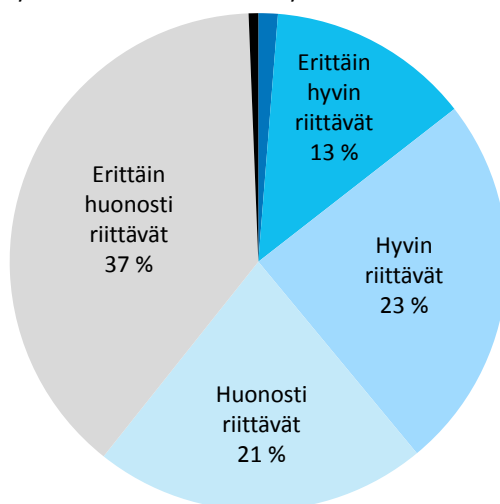
sotaan ohi oman yksikön, kehittämistoimintaan liittyy käytännön ongelmia, jotka tulee huomioida arvioitaessa sote-uudistuksen menestymismahdollisuuksia.

Vuonna 2005 kehittämistoiminnalle oli kuvaavaa se, että toimintaa kehitettiin organisaatioiden sisällä (Saranummi ym., 2005). Tänä päivänä yksiköillä on edelleen tarvetta kehittää omaa toimintaansa organisaatiosta tulevien kehittämistarpeiden rinnalla. Lähiesimiestasolta katsottuna kyse on ”kilpailevasta” toiminnasta, sillä sekä yksiköiden että organisaatioiden kehittämistä tehdään ruohonjuuritasolla samoilla resursseilla (Kulvik ym., julkaisematon aineisto). Suurin osa esimiehistä pitikin yksikkönsä kehittämisresursseja riittämättöminä (kuvio 43). Lisäksi kaikista vastaajista joka viides piti alueellisten strategioiden valmistelussa tärkeänä siirtymävaiheen resursointia niin, että palvelutoiminta ja kehittämistoiminta eivät kilpaile reursseista.

Synkronoimisen tärkeys korostuu paitsi resurssien oikeassa kohdistamisessa (kansalliset vs. organisatoriset vs. yksiköiden omat kehittämistarpeet), myös siinä, miten kehittämistoiminta vaikuttaa yksiköissä ja yksiköiden kesken. Aineistossamme osa kehittämistoimista jäi irralleen muusta toiminnasta (ka 21 %) tai edistäessään yhden yksikön toimintaa haittasi jonkin toisen yksikön toimintaa (ka 10 %).

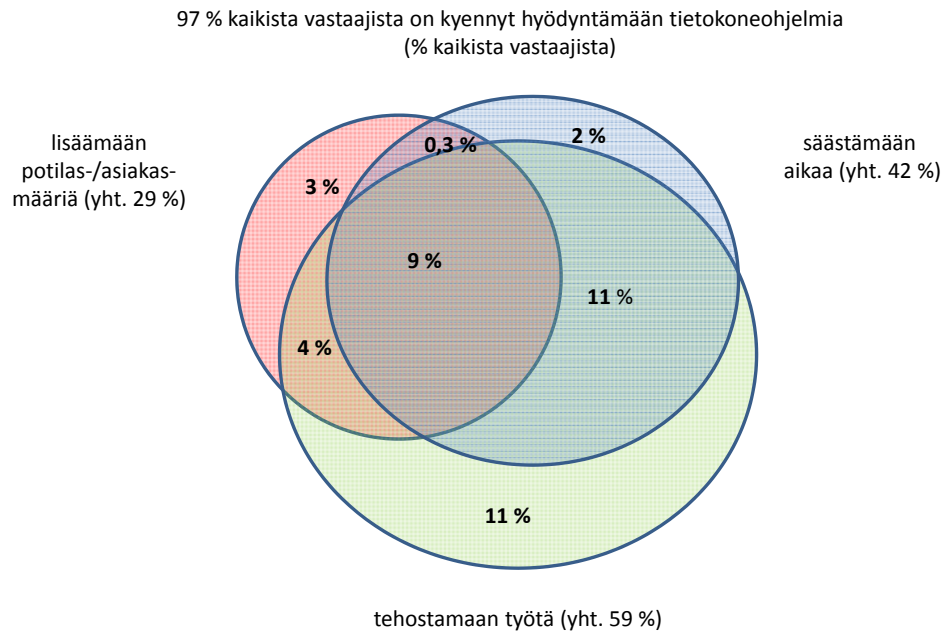
Kuvio 43 Onko teillä riittävästi resursseja toimintanne kehittämiseen (% kysymykseen vastanneista)?

Täysin riittämättömät 1 % Täysin riittävät 1 %





Kuvio 44 Tietojärjestelmistä saavutetut hyödyt aiheittain (% kaikista vastaajista)



**Suositus 18:** Sote-palveluiden esimiehet toivoivat valtiolta erityisesti palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja laadun varmistamista, sote-alueiden toimintaedellytysten varmistamista ja yhtenäisten julkisesti rahoitettavien palveluiden kriteerien määrittämistä (kuvio 45). Sen sijaan paikallisesti hoidettaviin asioihin, kuten esim. palkkoihin, menojen seurantaan, tiloihin ja laitteisiin ei ohjausta niinkään kaivattu.

Kuvio 45 Missä asioissa tarvitaan valtion ohjausta (esimiehet, ammattiryhmien painotettu keskiarvo, %)?



## Tuokiokuvia sosiaalityöstä: Jos saisimme itse päättää

Ruohonjuuritason sosiaalityöntekijöiden ajatuksia siitä, mikä sote-uudistuksessa on tärkeää

### Tietotekniikan on toimittava

– Ihan perusasioista on lähdettävä: tarvitaan tietokoneita ja ohjelmia, joiden kanssa aikaa ei hukkaannu tiimalasin katseluun tai ohjelmien kaatumiseen, kertovat haastattelemamme sosiaalityöntekijät ja jatkavat. – Meidän alamme on haastava ja vaikuttaa siltä, että järjestelmien suunnittelijat eivät ole onnistuneet hahmottamaan alamme monimuotoisuutta eivätkä sitä, miten lainsäädäntö vaikuttaa työhömmme. Järjestelmistä puuttuu meille tärkeitä palasia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tietojärjestelmien yhtenäistämiseen liittyy myös kysymys tietosuojasta. – Ei meidän tarvitse nähdä kaikkia potilastietoja, mutta hyötyisimme joistain terveyspalveluiden tiedoista. Ne sujuvoittaisivat asioiden hoitamista ja parantaisivat meidän työntekijöiden turvaa.

– Näemme työssämme, kuinka tietosuojan estämä tiedon välittäminen viranomaisten välillä lokeroi eri toimijoita ja johtaa asiakkaiden pompotteluun viranomaiselta toiselle, kertovat haastateltavamme ja jatkavat. – Jotta asioiden selvittely ei pitkittyisi, tiedon pitäisi kulkea terveydenhuolto-sosiaalitoimi-poliisi-akselilla. Se olisi asiakkaan etu – viranomaisten vaihtolovelvollisuuteen tulisi voida luottaa.

### Henkilökohtainen verkostoituminen tärkeää

Sosiaalitoimi ja terveyspalvelut ovat hyvin erittyypisiä toimintatavoiltaan ja toisten toiminnan tunteminen on vajavaista. – Törmäämme usein siihen, että terveydenhuollossa ei tiedetä, miten voimme auttaa heidän asiakkaitaan ja vastaavasti aina välillä ihmettelemme, miksi terveydenhuollossa toimitaan niin kuin toimitaan, kertovat haastateltavamme. – Meillä voisi olla vaikka yhteinen koulutus kokonaisvaltaisesta asiakkaan kohtaamisesta. Samalla oppisimme tuntemaan toistemme työtä, ehdottavat haastateltavamme ja jatkavat. – Vaikka tieto kulkisi sähköisesti, henkilökohtaiset kontaktit ovat paljon tärkeämpiä. Henkilökohtaisten kontaktien avulla voitaisiin varmistaa se, että niin sosiaalipalveluiden kuin terveydenhuollonkin työntekijöillä olisi oikeat tiedot käytettävissä.

### Rohkeutta, viisautta, kohtuullisuutta ja oikeudenmukaisuutta

Sosiaalityöntekijät tarvitsevat työhönsä esimiestensä tukea. – Joudumme tekemään hankalia päätöksiä ihmisten hankalissa elämän tilanteissa. Siihen tarvitaan rohkeutta, myös esimiehiltä.

– Haluamme auttaa asiakkaitamme kokonaisvaltaisesti, mutta välillä tuntuu siltä, että johdossa on kadotettu käsitys asiakaslähtöisyydestä. Byrokratia tuntuu välillä olevan tärkeämpää kuin ihminen, vaikka sen pitäisi olla toisin päin, kommentoivat haastateltavamme. – Hallinnollisuus ei saa lisätä epäinhimillistä toimintaa, vaan maalaisjärki tulisi saada takaisin johtamiseen.

– Henkilöstöjohtaminen... se on alallamme vaativaa. Tämä on hyvin moniulotteinen ala ja hyvän johtajan tulisi tuntea kaikki osa-alueet ja nähdä alamme kokonaisuus, pohtivat haastateltavamme. – Johtajien tulisi myös pystyä havaitsemaan epäkohdat työyhteisössä ja puuttumaan niihin. Ja nähdä jaksamisen rajat, jatkavat haastateltavamme. – Positiivinen palaute auttaa meitä työssämme, mutta jos henkilöstöjohtamisen taito puuttuu, se uuvuttaa nopeasti työntekijöitä, kertovat haastateltavamme. – Meistä johtamiskoulutus on kiireellinen asia sote-uudistuksessa.

#### 4.2.5.2 Soteen sopeutuminen

Sote-uudistukseen sopeutumisen, ja sitä kautta uudistuksen onnistumisen, kannalta keskeiset tekijät ovat tuttuja muutosjohtamisen perusteista. Sekä terveydenhuollon, sosiaalialan että tukipalveluiden työntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että keskeisin sote-uudistukseen sopeutumista helpottava tekijä on ajantasainen ja oikea tieto (vaihtoehdon valitsi 80 % vastaajista, mahdollisuus valita 3 tärkeintä). Paras-hankkeen väliraportin mukaan onnistunut tiedotus ei ole tärkeää ainoastaan muutoksen onnistumisen tai siihen sopeutumisen näkökulmasta; tiedotuksella on muutostilanteissa myös suora yhteys työelämän laatuun (Jokinen ja Heiskanen, 2012). Tiedotuksen ohella keskeisiksi tekijöiksi nostetaan selkeät uudet työnkuvat ja selkeä työnjako (59 % vastaajista), sekä yhdessä toimiminen uudistuksen toteutuksessa (55 % vastaajista).

Lisäkoulutusta uudistusta varten kaivataan erityisesti tietojärjestelmien hallintaan (vaihtoehdon valitsi 38 % vastaajista, mahdollisuus valita 3 tärkeintä), laadun kehittämiseen (34 %) ja moniammatilliseen toimintaan (28 %). Sosiaalialan vastaajilla kolmen kärkeen kiilasi myös tarve koulutukselle alan lainsäädännöstä ja muista säädöksistä.

**Suositus 19:** *Sote-uudistukseen sopeutumisen keskeiset elementit ovat ajantasainen ja oikea tieto uudistuksesta, selkeät uudet työnkuvat ja työnjako, sekä yhdessä toimiminen uudistuksen toteutuksessa. Uudistusta valmisteltaessa ammattilaiset kiinnittäisivät huomiota erityisesti seuraaviin seikkoihin: uudistuksen potilas/asiakaskeskeisyys, tasa-arvoisuus, ammattilaisten osallistaminen uudistuksen valmisteluun sekä pelko tarpeettomasta politiikoinnista.*

#### 4.2.5.3 Sana on vapaa

Kyselyssä vastaajilla oli mahdollisuus kertoa avoimessa kentässä näkemyksiään sote-uudistuksesta. Lähes kolmannes vastaajista käytti tilaisuuden hyväkseen ja lähetti terveisiä uudistuksen valmistelijoiille. Avoimissa vastauksissa sote-uudistuksen onnistumiseen suhtauduttiin lähes poikkeuksetta varauksella ja työskätkä todettiin olevan melkoisesti. Avoimista vastauksista nousi esiin seuraavia teemoja:

##### **Potilaan/asiakkaan pitäisi olla uudistuksen keskiössä**

Yleisin viesti päätöksentekijöille oli potilaan muistaminen valmistelutyössä. Vastaajat näkivät, että nykyisessä valmistelussa huomio on kiinnittynyt hallintoalueiden määrään ja kustannusten karsimiseen. Muiden kuin sosiaali- ja terveystieteiden perustehtävien pohjalta rakentuvan mallin pelätään olevan pitkällä aikajänteellä sekä huonosti toimiva että kallis.

*”Toivoisin, että hetken säästöt eivät menisi pitkäjänteisyyden edelle niin, että muutaman vuoden päästä maksetaan moninkertaisesti siitä, mistä nyt säästettiin.”*

*”Älkää unohtako ihmistä!”*

*”Toivon, että uudistus ei ainakaan lisää byrokratiaa ja esimiestasojä, tämä on meillä tehty jo kuntayhtymää perustettaessa. Toivon teidän muistavan päätöksiä tehdessänne myös potilaslähtöisyyden, jotta olisimme työssämme aidosti ja vaikuttavasti potilaiden parhaaksi.”*

##### **Uuden järjestelmän tulee olla kaikille tasapuolinen, tulotasoon tai asuinpaikkaan katsomatta.**

Toinen vahvasti esiin nouseva viesti on huoli palveluiden karsimisen aiheuttamasta eriarvoistumisesta. Karsimisen uhreina nähdään erityisesti heikommassa asemassa olevat ja haja-asutusalueiden asukkaat. Ylipäätään pienten yksiköiden karsiminen nähdään huolestuttavana kehityksenä. Lähipalveluiden katsotaan olevan toimiva konsepti sekä ennaltaehkäisevässä työssä, potilas/asiakaskeskeisessä hoidossa ja palveluissa että järjestelmän kokonaisuuden toimivuuden vahvistamisessa.

*”Nyt suunta on ollut ”siellä missä ihmisiä, siellä palvelujen lisäämistä, siellä missä vähemmän ihmisiä, karsitaan palveluja”. Ajatelkaa asiaa tätä kautta ”siellä missä ihmisiä, on mahdollisuus kehittää palveluiden käyttöä, tietoa, ennaltaehkäisyä. Siellä missä vähemmän ihmisiä, on mahdollisuus säilyttää palveluja ainakin sellaisenaan kuin ne ovat.” Ei oteta keneltäkään vaan annetaan pienemmillä paikkakunnilla asuville palvelut ja hillitään kaupunkikeskittymissä asuvien palvelujen käyttöä.”*

*”Laadukkaita palveluita ei pidä vaarantaa hallinnollisen tehokkuuden nimissä. Palveluiden järjestämiseen kannattaa ottaa mallia hyvin toimivista ”pilotti-yksiköistä”, joiden toimintamalleja voi siirtää soveltuvien osin muualle vertaisoppimisen keinoin.”*

*”Raha ei saa ratkaista kaikkea, vaan pääosassa tulee olla potilaiden laadukas hoito lähellä. Henkilökunnan tulee olla edelleen potilaalle helposti tavoitettavissa. Terveyskeskuksissa tulisi olla potilaille omalääkärit, jotka huolehtivat ja koordinoivat potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Potilaiden taloudellisen ja henkisen tuen tukipalveluiden saamista tulisi tehostaa ja keskittää helposti saatavaksi yhdeltä luukulta. Tällä hetkellä potilaan hoito on liiaksi hajautettu eri luukuille ja potilasta pompotellaan ”ei kuulu meille” -tyyliin.”*

### **Uudistuksen valmistelussa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän sote-työtä tekevien ammattilaisten osaamista**

Vastaajien näkemyksen mukaan nykyinen valmistelutyö ei hyödynnä riittävästi kentän osaamista ja ruohonjuuritason sote-ammattilaisten tietotaitoa uudistuksen valmistelussa. Toisaalta, siinä missä vastaajat toivoivat sote-työtä päivittäin tekevien ammattilaisten nykyistä tiiviimpää osallistumista ja osallistamista valmisteluun, kritiikkiä sai nykyisen järjestelmän lääkärijohtoisuus. Osa vastaajista näki, että myös sote-puolella johtoon tarvittaisiin nykyistä enemmän nimenomaan johtamiseen ja talouteen perehtyneitä osaajia puhtaiden klinikoiden sijaan. Lisäksi esiin nostettiin uudistuksen terveydenhuoltopainotteisuus – erityisesti sosiaalialan vastaajat kokivat, että sosiaalialan kehittäminen on jäänyt uudistuksessa lapsipuolen asemaan – vaikka se onkin merkittävä tekijä sekä resurssien käytön että ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

*”Älkää tällä kertaa unohtako kuka sen työn siellä kentällä oikeasti tekee päättäjien päätösten mukaan. Menkää ja tutustukaa oikeasti mitä se työ on. Poliittinen- ja virkamies päätöksenteko käsi kädessä ilman poliittista valtapeliä ja pelaamista. Tätä ei ole varaa ryysä!!”*

*”Sote uudistusta ei tehdä lääkärijohtoisena. Lääkärit ovat saaneet koulutuksen lääketieteeseen ei johtamiseen!!! Vahva kansallinen ohjaus, selkeät raamit alueille.”*

*”Sosiaalipuolen asiantuntijoita on syytä kuulla riittävästi. Nyt Sote-uudistuksesta on keskusteltu ja sitä on viety eteenpäin kovin terveydenhuoltopainotteisesti. Parhaimmillaan terveydenhuollon osaajilla ei välttämättä ole sosiaalipuolen osaamista.”*

### **Uudistusta ja sen valmistelua pidetään poliittisena. Poliittisten intohimojen ja ”sulle-mulle”-kompromissien pelätään vesittävän uudistuksen.**

Uudistuksen valmistelua pidetään vahvasti politisoituneena. Syynä uudistuksen hitaaseen ja toisaalta poukkoilevaan valmisteluun nähdään poliittiset intohimot sekä valtaapelit, jotka vaikuttavat valmistelutyöhön tarpeettoman paljon. Usean vastaajan vahva näkemys onkin, että onnistuneen uudistustyön yksi edellytys on poliittisen valtapelein minimointi ja keskittyminen olennaiseen.

*”Poliittisia päättäjiä ei pidä päästää keskenään puoluepoliittisista ja vallan jaon näkökulmista huseleeraamaan ja pilaamaan tätä SOTE-uudistusta.”*



*"Koko uudistus on toteutettu "väärin päin". Potilas ja laatu on unohdettu ja argumentointi on täysin poliittislähtöistä. On käsitelty lukumääriä ja valtakysymyksiä, samalla kun laatu ja omistajaohjaus (mm. kustannusten osalta) ovat kunnolla käsittelemättä. Epäilen, että koko muutos jää toteuttamatta."*

*"Uusia poliittisia himmeleitä ei saa rakentaa, poliitikkojen rooli pienemmäksi, eivät he ymmärrä mitään sote-asioista, sote-ammattilaiset kehiin, heidän tulee olla avainhenkilöitä käytännön rakennustyössä, muuten homma menee reisille."*

Sote-uudistus on henkilöstölle tärkeä, ja he tulevat myös käytännössä toteuttamaan tämän uudistuksen. Vaikka henkilökunnan näkemykset poikkeavat jonkin verran nykyisistä suurista linjauksista, hekin haluavat muutosta. Henkilökunnan näkemykset tuovat ratkaisevaa lisäarvoa sote-uudistuksen valmisteluun ja toteutukseen niin kansallisesti kuin alueellisesti.

### 4.3 The Tuscan Healthcare system: characteristics and evolution with an Italian-Finnish perspective

*by Professor Giuseppe Turchetti  
Istituto di Management  
Scuola Superiore Sant'Anna  
Pisa, Italia*

#### 4.3.1 Background

Italy is extended over 301 340 km<sup>2</sup>, counts 60.7 million citizens, and is divided into 20 Regions. The Italian National Healthcare System (INHS) is a Beveridge-like model that aims to grant universal access to a uniform level of care throughout the country, financed by general taxation.

The INHS, established in 1978, was created to pursue the objective stated in article 32 of the Italian Constitution, which declares that the Italian State has the responsibility of safeguarding the health of each citizen as an individual asset and a community interest. Moreover, article 32 affirms that the Italian State guarantees free care to the indigent.

The guiding principles of the INHS are:

- **Human dignity:** Every individual must be treated with equal dignity and have equal rights irrespective of personal characteristics and role in society.
- **Health need:** Everyone in need has a right to healthcare, and resources should be allocated with priority given to satisfying the basic needs of the population.
- **Equity:** Any individual must have access to the healthcare system with no differentiation or discrimination among citizens and no barrier at the point of use.
- **Solidarity:** Available resources have to be primarily allocated to support groups of people, individuals and certain diseases that are socially, clinically and epidemiologically important.
- **Protection:** The individual health has to be protected with appropriate preventive measures and interventions.
- **Effectiveness and appropriateness:** Resources must be addressed towards services whose effectiveness is grounded and individuals that might especially benefit from them. Priority should be given to interventions that offer greater efficacy in relation to costs. The individual health has to be protected with appropriate preventive measures and interventions.

The Italian National Healthcare System is organized in three levels: national, regional, and local.

**National level:** The Ministry of Health is the main central institution. It manages the National Health Fund and it ensures five different functions, through its department and services: 1) health care planning; 2) health care financing; 3) framework regulation; 4) monitoring; and 5) general governance of the National Institutes for Scientific Research (IRCCS).



**Regional level:** The regional level has legislative and executive functions, technical support and evaluation functions. Regional governments are responsible for pursuing the leading national objectives posed by the National Health Plan at the regional level. Regional health departments are required to guarantee the benefit package to be delivered to the population through a network of population-based health care organizations (local health units) and public and private accredited hospitals. They are responsible for legislative and administrative functions, for planning health care activities, for organizing supply in relation to population needs and for monitoring the quality, appropriateness and efficiency of the services provided.

**Local level:** Starting in 1992, a network of public and private healthcare structures and providers was operating at the local level that can be divided into four different categories:

- Local health authorities;
- Public hospital trusts (many of them are University/Teaching Hospitals);
- National Institutes for Scientific Research (IRCCS);
- Private accredited providers.

Tuscany, with 22 994 km<sup>2</sup> and 3.75 million citizens, is one of the most representative Italian regions. Over 50 000 professionals (physicians, nurses, technicians) are employed in the 40 hospitals, and in the other organizations and services of the Tuscan healthcare system. Tuscan regional healthcare system is also considered to be one of the best ones in the country with respect to the most important clinical, economic, and equity indicators.

Map 1 Tuscany region



Source: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/41/Tuscany\\_in\\_Italy.svg/2000px-Tuscany\\_in\\_Italy.svg.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/41/Tuscany_in_Italy.svg/2000px-Tuscany_in_Italy.svg.png)

#### 4.3.2 Past developments: centralization of support functions and simplification of government

Starting from the 90's – and with a relevant acceleration in the last decade – the State has increasingly delegated many powers to the Regions: each Region is in charge of the organization, functioning and governance of the healthcare services in its territory. In the last fifteen years Tuscany Region has been one of the leading examples in the centralization of processes and simplification of levels of governance.

The Tuscan regional healthcare system has been always considered very innovative in terms of organizational models that have been designed and adopted. In the last fifteen years, Tuscany has organized its healthcare system in a way that – it could be said – has anticipated many trends that are now characterizing the evolution of the healthcare systems of other Italian and European regions: centralization of processes and simplification of levels of governance. The objectives that have driven the organizational changes of the Tuscany region have been the homogeneity of the quality of the healthcare services and the economic sustainability of the system. The tools that have been used are the following ones:

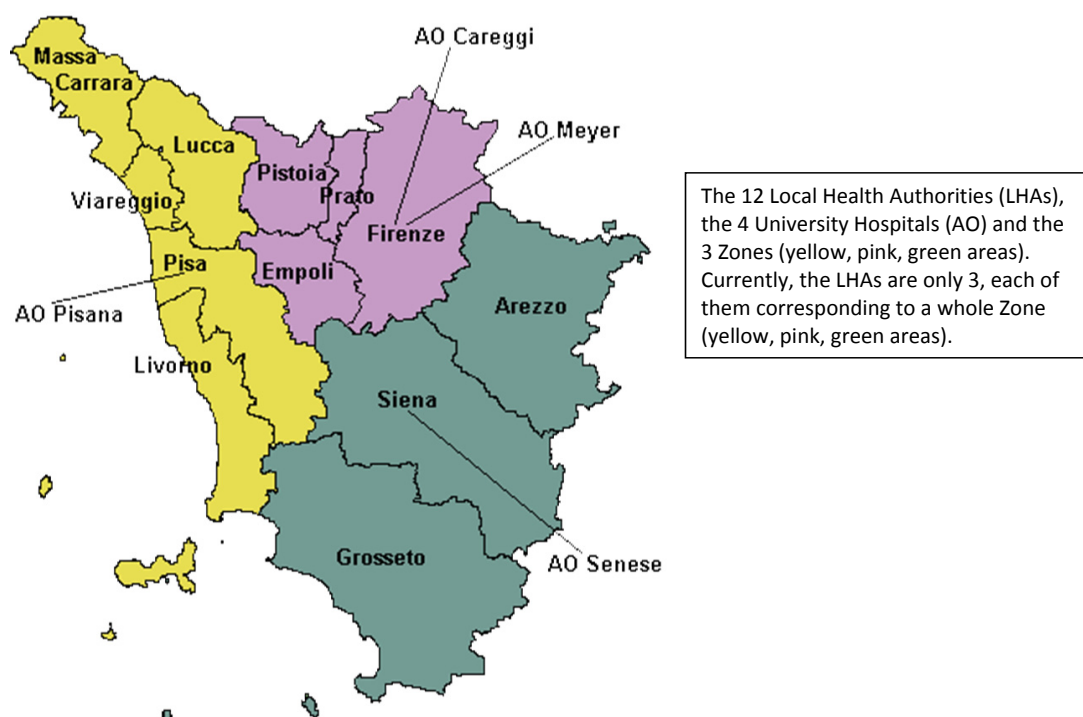
- Centralization of the design of the system
- Simplification of the level of governance
- Integration and centralization of the no-core services
- Coordination of the healthcare activities between the structures of the regional healthcare system

Previously, the 12 Local Health Authorities (LHAs) and four University Hospitals (UO) of the Tuscany Region were independent operators, with their own support services, such as procurement, legal, and ICT services. In 2002 Tuscany organized its healthcare system in three Zones, called Aree Vaste. The support services of each Zone were centralized accordingly: since 2002 the Local Health Authorities (LHAs) and the University Hospitals (UO) of each Zone shared the same support functions, such as the procurement and the logistic processes, the legal, ICTm and the payroll services, and the continuous education for the employees. These support functions of each Zone are managed by an organization called ESTAV (Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta). Since 2002, there were three ESTAVs, one for each Zone.

Over the years, this centralization of support functions resulted in significant savings, in particular driven by the aggregation of the procurement and logistic processes of goods and services.

While the centralization of the support functions had some significant impacts on the administration and economics, it did not have the same relevance with respect to the healthcare perspective. Nevertheless, the idea was that a citizen resident in each Zone could find all the necessary healthcare services and freely choose between the healthcare providers within the Zone.

Map 2 Three areas producing healthcare



### 4.3.3 Further centralization

The re-organization of the healthcare management and support functions has been found to be a success. As a result, Tuscan regional Administration has decided to continue to scale up the system, and several other Italian Regions have decided to design their healthcare systems according to this model. The Tuscan regional healthcare system has been redesigned, reducing the number of the Local Health Authorities from 12 to 3 (keeping the 4 University Hospitals) and merging the 3 ESTAVs into one ESTAR (Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi Regionali).<sup>1</sup> The new organization ESTAR will now provide support functions to all of the three Zones.

In addition to the introduction of only one support functions organization, ESTAR, the other very important novelty is the reduction of Local Health Authorities (LHA). As there were previously 12 LHAs, the number will be reduced into 3 – each of those as large as a whole Zone. The re-organization is based on the intention to promote the simplification of the system, the reduction of apical levels, the organizational uniformity and homogeneity at a higher level, the synergy between Local Health Authorities and the University Hospital through an integrated planning, the exploitation of economies of scale on several processes, the increase of the quality of the services and a better management of chronic diseases, the integrations between healthcare and social welfare services, and finally, the reduction of healthcare costs.<sup>2</sup>

While there is enough evidence that a higher level of integration/centralization of the technical/administrative processes and services may produce further benefits, whether the creation of three much larger Local Health Authorities (each serving up to 1.5 Million people) will increase the quality of the healthcare services and contain the cost escalation, will be discovered in the near future.

## 4.4 Yhteenveto

### 4.4.1 Terveisiä hallitukselle

*The Prime Minister's report (by Joel Shalowitz)*

*Joel Shalowitz, MD, MBA, FACP  
Professor of Preventive Medicine  
Feinberg School of Medicine  
Professor of Executive Education  
Kellogg School of Management, Northwestern University*

**The Prime Minister's report<sup>3</sup> contains an important context about what the government wishes to accomplish and thus, provides a political, financial and cultural background for the healthcare specifics. Below are my thoughts about this report in the order in which topics are raised.**

**"Our society is based on trust."** Of course, every society is based to some degree on trust. The issue here is, *how much trust the people put in government?* If the people of Finland truly trust their national government then the likelihood the changes in healthcare will be adopted are high as long as there is transparency in the process of change. The issue of transparency raises two questions related to the boundaries of SOTE-areas: First, how much public input is going into the determination of what the geographic boundaries of each SOTE-area will be, and second, what is flexibility with which the central government will allow the elected councils to manage local affairs? In other words, how much of the process will be dictated by the central government with local councils merely enforcing the rules?

<sup>1</sup> Regional Law n. 84 of 28th December 2015.

<sup>2</sup> Preamble of the Regional Law n. 84 of 28th December 2015.

<sup>3</sup> Finland, a land of solutions. Strategic Programme of Prime Minister Juha Sipilä's Government, 29 May 2015. Government Publications 12/2015.

**"People have freedom and responsibility for their own and their families' lives."** Is this statement true with respect to health care? Or do people believe that it is the government's responsibility to care for them? If the latter, then there needs to be some behavioral changes made, most probably in the financial incentives, such as increasing of out-of-pocket expenses.

**"Living on debt will be brought to an end in 2021"**, implying that after that time the budget will be, at worst, balanced. This financial improvement will come about without an increase in the tax rate. Since healthcare is largely funded out of taxes, I'm concerned that the government might be underestimating how much it will have to spend in this sector. The implication is that individual out-of-pocket payments will increase substantially.

1. The proposed changes will require the SOTE areas to develop organized delivery systems. In the report, I do not see the exact mechanism for combining facilities under one umbrella, handling the politics of dividing responsibilities and allocating resources among organizations at the local level. This process can be highly contentious. There are many examples of different methods of regional organization ranging from Canada to France to Hong Kong; but each country does it a bit differently to adapt it to its own goals and structure of its health care system.
2. **"The public service promise will be defined in the cost and quality of services made transparent."** This statement raises two very important questions. The first is raised by my matrix in answer to the question "what is covered?" What *is* the public service promise? If costs are to be kept under control there may need to be a close look at what benefits are offered. Is there an equitable and transparent process in place to do so? The second question focuses on the transparency of cost and quality. Recall the fundamental trade-offs which also include access. It is very common for a country to say it will cover all citizens and make health care affordable to them; however, costs are controlled because access is reduced (in the form of increasing queues). Therefore, there needs to be measures of timeliness of care built into the evaluation mechanism.

**"The reform will be implemented with complete horizontal and vertical integration of services and by strengthening the capacity of service providers."** The first part of this sentence deals with organized delivery systems, mentioned above. The second part raises the question "who provides the care?" Successful healthcare systems share the feature of being primary-care based. Are there enough primary care physicians to take care of the population? Are ancillary professionals (nurse practitioners and physician assistants) available and allowed to care for patients? Even if the answer to the previous two questions is favorable, are the practitioners located in all areas where they are needed or are there geographic maldistributions?

**The plan calls for "competitive tendering."** Is this process a realistic expectation? Will there be enough competing providers in the SOTE areas to foster effective competition, especially in the more rural areas? Also, consider two providers of a particular service in a given geographic area. If one of them wins an exclusive contract, the other may go out of business and exit the area. During the next round, the remaining firm will have monopoly power. Related to the numbers of competing providers, the goal of "freedom to choose" may be moot.

Finally, some remarks on the Annexes.

**"Compensation for consultation with private doctor and dentist will be cut by €60 million".** Does this item mean that the government insurance will not provide any compensation for private care outside of the previously mentioned tender process? This issue does raise some questions about physician payment: How much will be paid and what will be the mechanism of payment (for example, fee-for-service versus capitation)?

**"Fees charged for long-term institutional care, assisted living facilities, home services and other social and health care services will be raised."** I'm not sure I understand how this change provides a financial incentive to the patient to cooperate in receiving care in the most cost-effective setting. In other words, why should the patient want to leave the hospital where costs are covered and go into a skilled nursing or home care setting where he or she would have to pay something out-of-pocket?

## 4.4.2 Yhteenveto suosituksista

### 4.4.2.1 *Palveluketjut – integraatio*

Suositus 1: Tietosuojakehityksen valossa saattaa olla perusteltua varautua myös avoimen rajapinnan kevyisiin ja ketteriin sovelluksiin kunnianhimoisten sairaanhoitopiirien laajuisten ja kansallisten sote-tietojärjestelmien täydennyksenä.

Suositus 2: On tärkeää huolehtia, etteivät prosessien kehittämisen vaatimat kulut jää budjetoinnissa akuuttien tarpeiden, teknologiainvestointien ja tehostetun toiminnan jalkoihin.

Suositus 3: Koska sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on siirtää vastuuta enenevässä määrin kansalaisille itselleen, saattaisi vertaistukijärjestöjen työn ja menetelmien kehittämisen tukeminen olla mielekästä, koska ne ovat nimenomaan suuntautuneet tukemaan yksilön oma selviytymistä ongelmansa kanssa. Lisäksi vertaistuki suuntautuu usein kroonisesti sairaisiin, jotka myös vastaavat suurimmasta osasta sosiaali- ja terveydenhuollon menoista (ks. esim. Leskelä ym., 2013).

Suositus 4: Muutosajureina ja kannustimina ovat potilaan/asiakkaan ongelmien ratkaisu tai hoito, mikä muutosjohtajien on tärkeää ymmärtää. On myös mahdollista, että kuluttajat asettavat kriteerinsä toisin kuin alan ammattilaiset tilanteessa, jossa kuluttajilla on täysi valinnanvapaus. Valinnanvapauden osalta odotukset tulee kohdistaa ennen muuta saatavuuden parantamiseen.

Suositus 5: Työntekijöiden turvallisuutta tulee lisätä lainsäädännöllisin keinoin.

### 4.4.2.2 *Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen*

Suositus 6: On hyvä varautua siihen, että yksilön vastuuta voidaan lisätä jonkin verran terveyspalveluissa, mutta sen tuomat kustannussäästöt saattavat jäädä oletettua pienemmiksi.

Suositus 7: Sote-uudistuksen yhteydessä on varmistettava moniammatillisen toiminnan kehittäminen osana palveluketju-uudistusta.

Suositus 8: Terveyspalveluiden tulosten osalta on sote-uudistusta silmällä pitäen syytä selvittää, miksi sosioekonominen asema vaikuttaa erityisesti tarjottaviin tutkimuksiin ja hoitoihin, sillä nykyjärjestelmässämme hoitosuositukset eivät tunne sosioekonomisia eroja tutkimus- ja hoitokriteereinä.

### 4.4.2.3 *Kustannusten hallinta*

Suositus 9: Tarjonnan rajaaminen tulee tehdä julkisesti ja läpinäkyvästi ja sen valmistelussa ja toteutuksessa tulee noudattaa samaa julkisuusperiaatetta, mitä hallitusohjelmassa edellytetään kustannusten ja laadun osalta. Rajaamiseen tulee sisällyttää mahdollisuus poiketa siitä potilaan/asiakkaan tarpeiden niin vaatiessa.

Suositus 10: Kun valinnanvapausmallia rakennetaan, valmistelussa pitää turvata palveluketjujen eheys sekä kiinnittää huomio kokonaisvastuuseen.

Suositus 11: Sote-henkilökunnan tulisi saada jatkuvaa koulutusta, työkaluja ja ohjeistusta siihen, miten säästöjä toteutetaan eettisyyden ja laatuvaatimusten ristipaineissa.

Suositus 12: Kun tietojärjestelmiä uusitaan, niiden tulee tulevaisuudessa kyetä tuottamaan reaaliaikaista tietoa, joka yhdistää toiminnan, talouden ja laadun. Tiedon tulee olla helposti käytettävissä olevassa muodossa ja riittävän yksityiskohtaista, jotta se voi tarjota niin esimiehille kuin työntekijöillekin edellytykset ottaa osaa kustannusten hallintaan.

#### 4.4.2.4 Tuloksellisen toiminnan edellytykset

Suositus 13: Näyttäisi siltä, että rakennettaessa tulevien sote-asiantuntija-organisaatioiden johtamisjärjestelmää on aika syrjäyttää professionalismin ja managerialismin vastakkainasettelu ja toisen priorisointi ennen toista; tulevissa johtamisjärjestelmissä tarvitaan kumpaakin.

Suositus 14: Sote-uudistuksessa tulisi kehittää johtamisjärjestelmää tuottavuuden parantamiseksi niin, että lähiesimiesten valtaa tulisi vahvistaa, samoin kuin heidän käytössään olevia resursseja työn tuottavuuden lisäämiseksi. Organisaatioiden johdolla taas tulisi olla enemmän asianmukaista tietoa käytettävissään ja heidän tulisi osoittaa suurempaa sitoutuneisuutta alaistensa toimintaan

Suositus 15: Tiedon keruussa tulisikin pyrkiä paitsi mahdollisimman automatisoituun tiedonkeruuseen, myös sellaisen tiedon keruuseen, joka hyödyttää työntekeä paljon laajemmalti.

Suositus 16: Sote-uudistuksen yhteydessä on erityistä tilausta kehittää laadullisten mittareiden hierarkia, joka tuottaa niin kansalliselle, organisatoriselle kuin yksikötasolle tarvittavia tuloksia toiminnan ohjaamiseksi.

Suositus 17: Sote-uudistuksen läpiviemisen tukemiseksi tulee nykyistä suuremmissa sote-organisaatioissa varmistaa sisäinen tiedonkulku ja tavoitteiden ymmärrettävyys ruohonjuuritasolla sekä resursoida tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavat ponnistelut. Edelleen uusissa sote-organisaatioissa toimialoittaiset tavoitteet tulee synkronoida niin, että ne tukevat toisiaan. Organisaatiossa käytettävät prosessien kehittämismenetelmät on valittava huolella tilannekohtaisesti.

Suositus 18: Sote-palveluiden esimiehet toivoivat valtiolta erityisesti palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja laadun varmistamista, sote-alueiden toimintaedellytysten varmistamista ja yhtenäisten julkisesti rahoitettavien palveluiden kriteerien määrittämistä. Sen sijaan paikallisesti hoidettaviin asioihin, kuten esim. palkkoihin, menojen seurantaan, tiloihin ja laitteisiin ei ohjausta niinkään kaivattu.

Suositus 19: Sote-uudistukseen sopeutumisen keskeiset elementit ovat ajantasainen ja oikea tieto uudistuksesta, selkeät uudet työnkuvat ja työnjako sekä yhdessä toimiminen uudistuksen toteutuksessa. Uudistusta valmisteltaessa ammattilaiset kiinnittäisivät huomiota erityisesti seuraaviin seikkoihin: uudistuksen potilas/asiakaskeskeisyys, tasa-arvoisuus, ammattilaisten osallistaminen uudistuksen valmisteluun sekä pelko tarpeettomasta politikoinnista.



- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., Wolfe, C. D.A. ja McKevitt, C. (2011). Socioeconomic Status and Stroke. *Stroke*, 43, 1186–1191. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.639732
- Ahonen, A., Vuorio, L. ja Tähtinen, T. (2015). SOTE-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015.
- Albert, M.A., Ayanian, J.Z., Silbaugh, T.S., Lovett, A., Resnic, F., Jacobs, A. ja Normand, S.T. (2014). Early Results of Massachusetts Health Care Reform on Racial, Ethnic and Socioeconomic Disparities in Cardiovascular Care. *Circulation* (2014): CIRCULATIONAHA-113.
- Alkio, M. (2011). Terveysten kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava? WSOY. Helsinki 2011.
- Allasmaa, R. (2015). Terveysten- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. THL Tilastoraportti 26/2015.
- Bovier, P.A., Martin, D.P. ja Perneger, T. V. (2005). Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. *BMC health services research* 5.1,(2005): 1. doi: 10.1186/1472-6963-5-72
- Caroselli, C. (1996). Economic awareness of nurses: relationship to budgetary control. *Nurs Econ*, (14(5):292–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8998024>
- Castrén, L., Kauhanen, A., Kulvik, M., Kulvik-Laine, S., Lönnqvist, A., Maijanen, S., Martikainen, O., Palvalin, M., Peltonen, I., Ranta, P., Vuolle, M. ja Zhang, Y. (2013). ICT ja palvelut. Näkökulmia tuottavuuden kehittämiseen. ETLA B 259. Helsinki 2013.
- The Economist (2014). Hiding from big data. The Economist 7.6.2014 <http://www.economist.com/news/technology-quarterly/21603233-it-security-increasing-commercial-use-personal-data-and-multiple>
- Hernu, R., Cour, M., de la Salle, S., Robert, D. ja Argaud, L. (2015). Cost awareness of physicians in intensive care units: a multicentric national study. *Intensive care medicine*, 41.8 (2015): 1402–1410. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-3859-1> (09.03.2016)
- Jakovljevic, M., Vukovic, M., Chen, C., Antunovic, M., Dragojevic-Simic, V., Velickovic-Radovanovic, R., Djendji, M.S., Jankovic, N., Rankovic, A., Kovacevic, A., Antunovic, M., Milovanovic, O., Markovic, V., Dasari, B.N.S. ja Yamada, T. (2016). Do Health Reform Impact Cost Consciousness of Health Care Professionals? Results from a Nation-Wide Survey in the Balkans. *Balkan Med J*, 33:8–17.
- Jokinen, E. ja Heiskanen, T. (2012). Henkilöstö uudistusten pyörteissä. Väliraportti Paras-hankkeen arvioinnista 2011. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 19. Tampereen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kanter, R.M. (1993). Men and Women of the Corporation. Basic books, 1993.
- Kauhanen, A., Kulvik, M., Kulvik, S., Maijanen, S., Martikainen, O. ja Ranta, P. (2012). ICT:n lupaukset ja karikot terveydenhuollossa. Kirjassa: Lehti, M., Rouvinen, P., Ylä-Anttila, P. Suuri hämmennys. Työ ja tuotanto digitaalisessa murroksessa. Etla B series 254. Helsinki 2012.
- KKV (Kilpailu- ja kuluttajavirasto) (2014). Kilpailuneutraliteetti. <http://www.kkv.fi/Tietoa-ja-ohjeita/kilpailuasias/kilpailuneutraliteetti/> (päivitetty 18.02.2014)
- Kotiranta, A., Kulvik, M. ja Maijanen, S. (2016). Prosessianalyysi aivohalvauspotilaiden liuotushoidosta. Julkaistaan vuoden 2016 aikana.
- Kotler, P., Shalowitz, J. ja Stevens, R. (2008). Strategic Marketing For Health Care Organizations. Building A Customer-Driven Health System, Jossey-Bass Publishers. 2008.
- Kulvik, M., Kulvik-Laine, S., Maijanen, S., Peltonen, I., ja Ranta, P. (2013). ICT, työtapojen muutos ja tuottavuus terveydenhuollossa. Kirjassa: Castrén, L., Kauhanen, A., Kulvik, M., Kulvik-Laine, S., Lönnqvist, A., Maijanen, S., Martikainen, O., Palvalin, M., Peltonen, I., Ranta, P., Vuolle, M. ja Zhang, Y. (2013). ICT ja palvelut. Näkökulmia tuottavuuden kehittämiseen. ETLA B 259. Helsinki 2013.
- Kulvik, M., Kulvik-Laine, S., Maijanen, S., Peltonen, I., ja Ranta, P. (2012). Erikoissairaanhoidon henkilöstöhaastattelut; julkaisematon aineisto.

- Könönen, K. (2012). Terveysthuollon priorisoinnin nykytila ja tulevaisuus Ruotsissa ja Suomessa. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Terveysthallintotiede, pro gradu.
- Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L ja Ylitalo-Katajisto K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013; 3163–3169c.
- Lillrank, P. (2013). Asiantuntijanäkökulma – Lean-ajattelu terveydenhuollossa. Nordic Healthcare Group, white paper 14.06.2013
- Linnanmäki, E. (2007). Terveystserot ja niiden kaventaminen. Esitelmä, Terveysthoitajapäivät 8.2.2007. Tampere. STM.
- Moisio, A. (2012). Toimiiko suuruuden ekonomia sosiaali- ja terveyspalveluissa? Tutkimusnäkökulma. Kuntamarkkinat, sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja rakennefoorumi. VATT, 13.9.2012.
- Moraros, J., Lemstra, M. ja Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare—do they actually work? A systematic literature review. International Journal for Quality in Health Care, 2016:1–16. doi: 10.1093/intqhc/mzv123
- Myllykangas, M. ja Ryyänen, O-P. (päiväämätön). Terveysthuollon priorisoinnin etiikasta. Terveystsosiologian peruskurssi. YLE, tuotantoyksikkö Kantti  
www.kantti.net/sarjat/terveysstosiologian-peruskurssi/artikkelit/a2
- Pikkujämsä, S., Ylitalo-Katajisto, K., Paasovaara, K., Koski, K., ja Salo, S. (2014). Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:20. Helsinki.
- Pines, J.M., Newman, D., Pilgrim, R. ja Schuur, J.D. (2013). Strategies For Integrating Cost-Consciousness Into Acute Care Should Focus On Rewarding High-Value Care. Health Affairs, 32(12):2157–2165 <http://m. content.healthaffairs.org/content/32/12/2157.short> (09.03.2016);
- Pitkänen, V. ja Pekola, P. (2016). Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. Kansainväliset käytännöt, taloustheoria ja empiiriset tutkimukset. Kela Työpapereita 86, 2016.
- Puckrein, G.A., Egan, B.M. ja Howars, G. (2015). Social and Medical Determinants of Cardiometabolic Health: The Big Picture. Ethn Dis., 25(4):52:1–4 doi 10.18865/ed.25.4.521
- Pulliainen, M., Kettunen, A. ja Linnosmaa, I. (2012). Sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden mittaaminen – toimiiko ASCOT-mittari Suomessa? Julkaisussa Terveystaloustiede 2012 (toim. Jan Klavus). Terveystaloustieteen päivä 3.2.2012, abstraktikirja. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2012.
- Pöysti, T. (2015). Kilpailun ja kilpailullisen vertailuaseman merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle. Virkatyönä laadittu taustamuistio 26.10.2015. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiovarainministeriö.
- Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. ja Tofferi, H. (2010). Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Turun kliininen tutkimuskeskus.  
[http://www.turkuerc.fi/files/163/vaikuttavuus\\_20090810.pdf](http://www.turkuerc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf). Luettu 17 (2009): 2010.
- Rehnbäck, K. ja Keskinen, S. (2005). Työhyvinvointia alaistaidoilla ja esimiestyön hallinnalla. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki 2005.
- Sabbatini, A.K., Tilburt, J.C., Campbell, E.G., Sheeler, R.D., Egginton, J.S. ja Goold, S.D. (2014). Controlling Health Costs: Physician Responses to Patient Expectations for Medical Care. Journal of General Internal Medicine, 29(9):1234–1241.  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-014-2898-6> (09.03.2016)
- Saranummi, N., Kivisaari, S., Väyrynen, E. ja Hyppö, H. (2005). Terveysthuollon uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Teknologia katsaus 180/2005. TEKES. Helsinki 2005.
- Shalowitz, J. (2008). ”Blueprint for Understanding Complex Health Care Systems”. Kirjassa: Kotler, P, Shalowitz, J. ja Stevens, R: Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System, Jossey-Bass Publishers.



- Shalowitz, J. (2009). ”Blueprint for Understanding Complex Health Care Systems”. Kirjassa: Hermans, R., Kamien, M., Kulvik, M., Löffler, A. ja Shalowitz, J. (eds). Medical Innovation and Government Intervention. The Research Institute of the Finnish Economy and Kellogg School of Management, Northwestern University. Helsinki 2009
- Sitra, Kela ja Oulun kaupunki (2015). Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö. <http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2015-03-11-nhg-sitra-kela-oulu-monikavarahoitus-tiivistelm/1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1.
- STM ja VM (2015). Sote-uudistuksen säästömekanismit. Alustava virkamiesselvitys. Sote- ja aluehallintouudistusprojekti, STM ja VM, 4.11.2015.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 1. luku 4§
- Tuorila, H. (2015). Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: Sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja Kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015.
- Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. ja Lehto, J. (2007). Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammala, 2007.
- Whellams, A. (2016). Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL – Työpaperi 2/2016.
- Widbeg, I. (2012). Fler läkare väljerprivat arbetsgivare. NetDoktorPro.<http://www.netdoktorpro.se/allmanmedicin/artiklar/Fler-lakare-valjer-privat-arbetsgivare/>. Luettu 20.3.2016.
- Wilson, B. ja Laschinger, H.K. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment. A test of Kanter’s theory of structural power in organizations. J Nurs Adm., 24(4 Suppl):39–47.
- VNK (2015). Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.



ISSN PDF 2342-6799  
ISBN PDF 978-952-287-248-7  
Snellmaninkatu 1, Helsinki  
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO  
p. 0295 16001  
f. 09 1602 2165

